RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

# Bilan des priorités 1998-2001

## RÉSUMÉ

« Mission 2002 », le plan de consolidation du réseau de la santé et des services sociaux dans les Laurentides arrive bientôt à son terme. Au moment d'entreprendre les travaux qui mèneront, en mars 2003, à un nouveau plan stratégique triennal, un bilan des trois dernières années s'impose. Il a été réalisé à partir des activités qui ont fait l'objet d'un suivi systématique. Il n'est certes pas complet, cependant il reflète les principaux efforts déployés de 1998 à 2001 sous l'impulsion du plan de consolidation, ainsi que leurs résultats les plus significatifs. Il répond à cinq grandes questions que l'on peut se poser en regard des priorités de « Mission 2002 » :

1. Avons-nous agi davantage en amont des problèmes?
2. Avons-nous accentué le recours à des ressources plus légères et plus près des milieux de vie?
3. Avons-nous amélioré l'accessibilité aux services?
4. Avons-nous amélioré la continuité et l'intégration des services?
5. Avons-nous géré les ressources de façon efficiente?

## 1. Avons-nous agi davantage en amont des problèmes ?

Pour prévenir l'émergence des maladies et des problèmes sociaux, il faut agir dans les communautés - et avec elles - pour améliorer les conditions de vie, favoriser les facteurs de protection de la santé, réduire les facteurs de risque et détecter précocement les problèmes. C'est le champ d'action de la santé publique.

**En prévention et en promotion de la santé, les résultats égalent et même parfois dépassent les cibles fixées.**

Cependant ce bilan favorable concerne uniquement les actions réalisées relativement aux priorités nationales de Santé publique, les seules qui aient été spécifiquement suivies:

- le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes;
- la vaccination, le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement;
- le dépistage du cancer du sein;
- le tabagisme;
- les traumatismes non intentionnels;
- les traumatismes intentionnels (violence et suicide).

Quantité d'autres actions ne sont pas tenues en compte dans ces résultats.

**Par exemple ...**

Un exemple parmi plusieurs autres, l'une des principales cibles du plan de consolidation était la mise en place du **programme *Naître égaux, grandir en santé*** destiné aux femmes enceintes pauvres et sous-scolarisées. Entre 1997 et 1999, il a été implanté dans les sept territoires de CLSC de la région. En 2000, 39,4 % de ces femmes étaient rejointes par rapport à une cible de 50 % visée par le programme pour 2002.

## 2. Avons-nous accentué le recours à des ressources plus légères et plus près des milieux de vie?

Cette priorité fixée par Mission 2002 a transformé sensiblement les pratiques professionnelles dans le réseau. De plus en plus, on s'efforce de dispenser les soins et services dans le milieu naturel des personnes grâce aux interventions du CLSC et des organismes communautaires, hors des ressources dites lourdes (hôpitaux, centres d'hébergement et de soins de longue durée, Centre jeunesse), qui sont plus onéreuses.

**Les résultats mesurés indiquent que le « virage ambulatoire » a bel et bien été effectué.**

On observe un recours accru aux services de maintien à domicile, une légère diminution des durées moyennes de séjour en centre hospitalier de courte durée et une augmentation constante des chirurgies d'un jour. Notons que, en raison du vieillissement de la population et des cas plus complexes traités, le taux d'hospitalisation (en nombre de cas) a augmenté, et cela même si le nombre de jours d'hospitalisation par 1000 habitants demeure stable.

Par ailleurs, comme notre population âgée s'accroît fortement, le nombre de places d'hébergement permanent a augmenté. Toutefois, la région s'efforce de maintenir un taux d'hébergement relativement bas, afin de mettre l'accent sur les services qui permettent aux personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible, comme elles le désirent.

*Par exemple ...*

L'évolution des services de **maintien à domicile** est un bon exemple des efforts réalisés. Entre 1995-1996 et 1999-2000, les dépenses pour les services de maintien à domicile prodigués par les CLSC et les organismes bénévoles ont presque doublé (11,8 M$ à 20 M$). Le budget *per capita* à ce chapitre est passé de 24,80 $ à 39,77 $ en CLSC. Le nombre d'usagers des services de maintien à domicile des CLSC s'accroît rapidement, non seulement à cause du vieillissement de la population mais aussi en conséquence du virage ambulatoire : entre 1997-1998 et 2000-2001, il est passé de 10 777 à 14 710.

## 3. Avons-nous amélioré l'accessibilité aux services?

Est-ce plus facile pour une personne d'obtenir des services de santé ou des services sociaux lorsqu'elle en a besoin? Pour répondre à cette question, plusieurs indicateurs nous ont informés.

La **pénurie d'infirmières** est un problème important de disponibilité des ressources. Malgré les nombreuses initiatives pour recruter, recycler et retenir ce personnel, la situation est demeurée très difficile entre 1998 et 2001, ce qui a des effets certains sur l'accès aux services.

**En dépit de la pénurie de personnel, la performance des établissements des Laurentides en matière d'accessibilité s'avère très bonne dans plusieurs secteurs.**

*Par exemple ...*

- **Services d'urgence :** résultats de loin supérieurs aux moyennes provinciales, avec entre autres 1,2 % de séjours de plus de 48 heures sur civière (contre 3,2 % pour le Québec) et 8% de séjours de plus de 24 heures (Québec : 16,5 %).
- **Protection de la jeunesse :** même si la situation demeure toujours fragile, le nombre de jeunes en attente d'évaluation a diminué, grâce à des ressources supplémentaires, passant de 68 cas en 1998-1999 à 47 cas en 2000-2001.
- **Hébergement des personnes adultes en lourde perte d'autonomie :** la durée d'attente pour les personnes admises est passée de 38 à 29 jours entre 1998-1999 et 1999-2000 (contre 63,3 jours pour le Québec).

- **Services spécialisés :** en 1999-2000, le nombre d'interventions fixé comme objectif a été largement dépassé dans plusieurs spécialités, notamment en chirurgie de la cataracte, en chirurgie de la hanche et du genou, en hémodialyse et en chimiothérapie. Toutefois, pour l'ensemble de ces spécialités, le nombre de personnes en attente a beaucoup augmenté, ce qui témoigne du vieillissement de la population. Soulignons que la durée moyenne d'attente est pour sa part demeurée stable.

**Toutefois, en matière de délais, un sondage administré en juin 2001 révèle que les usagers considèrent la performance du réseau nettement insuffisante, ce que les plaintes reçues confirment.**

Il faut signaler aussi une moins bonne performance pour **Info-santé CLSC** : le taux d'utilisation par 1000 habitants ainsi que le nombre d'appels traités est en diminution constante depuis 1998-1999, étant passés sous la moyenne provinciale.

## 4. Avons-nous amélioré la continuité et l'intégration des services?

Cette priorité du plan de consolidation représente aussi un changement majeur dans la façon d'offrir les services. La mise en place des réseaux intégrés de services doit faire en sorte que les services offerts par des partenaires différents soient complémentaires et non redondants, et qu'ils couvrent l'ensemble des besoins de la personne. Cela nécessite un partage clair des rôles et des responsabilités, une bonne information des clients et un suivi des ces derniers dans leurs démarches.

Des fonds ont été injectés pour créer, dans cette optique, des équipes de coordination locales, des comités d'arrimage entre les établissements ou organismes dispensateurs de services.

**Les bases administratives des réseaux de services intégrés sont installées, mais beaucoup reste à faire. Ces changements ne se traduisent pas encore par une amélioration de la continuité des services. Le sondage sur la satisfaction des usagers indique d'ailleurs un niveau de satisfaction allant de «insuffisant» à « passable » pour ce qui est de la continuité. Les plaintes reçues confirment aussi cette insatisfaction.**

Par exemple ...

**Quelques réseaux intégrés :**

- **pour les jeunes**, les liens de collaboration entre le Centre jeunesse et les CLSC, d'une part, et le Centre André-Boudreau, d'autre part, ont été renforcés et facilités par des ententes formelles;
- **en périnatalité**, le programme **Naître égaux, grandir en santé** offre des services et activités visant à prévenir les problèmes. Le CLSC assure un suivi continu, pendant deux ans, des mères inscrites.
- **pour les personnes âgées**, le réseau s'implante progressivement : la liaison entre le CLSC, les centre d'hébergement et de soins de longue durée, le centre hospitalier, les organismes communautaires et les résidences privées est maintenant assurée.

## 5. Avons-nous géré les ressources de façon efficiente?

En ce qui concerne l'aspect financier, on peut résumer la situation ainsi : pour pouvoir répondre à la demande sans cesse croissante de services due principalement à l'augmentation de la population, et cela sans supprimer de services, les établissements n'ont pu éviter les situations déficitaires :

- les déficits se sont accrus de manière importante en 1998-1999 et 1999-2000; ces déficits ont toutefois été pris en charge et remboursés par le gouvernement;
- des engagements non provisionnés ont été contractés en 1998-1999; ils ont, eux aussi, été pris en charge et remboursés par le gouvernement en avril 2001;
- l'enveloppe budgétaire a par ailleurs été rehaussée sur une base récurrente en 2000-2001 pour régulariser le financement de ces engagements.

**Les différents ajustements budgétaires à la hausse apportés par le MSSS durant cette période totalisent 112 M$ (base annuelle et récurrente). Ils ont permis de rétablir l'équilibre budgétaire très précaire des établissements.**

Il faut ici noter le haut niveau de performance de la plupart des établissements, dans un contexte où de nombreux services sont sous-financées par rapport à la moyenne provinciale (jeunesse, maintien à domicile, etc.).

Des progrès demeurent toutefois à accomplir dans le financement de la plupart des programmes-clientèles, confrontés au défi d'atteindre ou de maintenir une offre de services équitable en comparaison des ressources disponibles à l'échelle provinciale.

## *CONCLUSION*

Si beaucoup de progrès reste à faire, la région atteint la plupart des cibles fixées ou s'en rapproche, et elle se compare avantageusement à l'ensemble du Québec à plusieurs égards. L'évolution de l'organisation des services, avec des changements comme la mise en place progressive des groupes de médecine de famille, est intimement liée aux enjeux sociosanitaires de la prochaine planification régionale.

Chose certaine, le réseau de la santé et des service sociaux est et doit être en constante évolution. C'est la seule façon de répondre aux enjeux cruciaux que posent notamment l'augmentation et le vieillissement de la population, qui amènent un recours sans cesse croissant à des services spécialisés. C'est la seule façon aussi d'intégrer les nouvelles technologies, les nouvelles pratiques médicales et professionnelles et de les mettre au service de la population. Plus que jamais, le défi du réseau sera de rendre accessibles à la population, de façon équitable, des services médicaux et sociaux de haute qualité, tout en maintenant une performance budgétaire sans faille. Et cela sans jamais perdre de vue l'importance à long terme d'agir en amont des problèmes.

# Plan de consolidation du réseau

## Bilan des priorités 1998-2001

12 décembre 2001
révisé le 15 mars 2002

Une publication de la
Coordination de la recherche et de l'évaluation
Direction régionale de la santé publique, de la planification
et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

Internet : http//www.rrsss15.gouv.qc.ca

ISBN : 2-89547-035-9

Dépôt légal : 1er trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

**La forme masculine utilisée dans ce texte désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes**

# TABLE DES MATIÈRES


INTRODUCTION ..... 1

PRIORITÉ 1 : AGIR DAVANTAGE EN AMONT DES PROBLÈMES ..... 3

PRIORITÉ 2 : ACCENTUER LE RECOURS À DES RESSOURCES AMBULATOIRES, PLUS LÉGÈRES ET PLUS PRÈS DES MILIEUX DE VIE ..... 21

PRIORITÉ 3 : AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES ..... 33

PRIORITÉ 4 : AMÉLIORER LA CONTINUITÉ ET L'INTÉGRATION ENTRE LES SERVICES QU'ILS SOIENT AU NIVEAU LOCAL, RÉGIONAL OU NATIONAL ..... 49

PRIORITÉ 5 : GÉRER LES RESSOURCES DE FAÇON EFFICIENTE ..... 63

TOILE DE FOND POUR LES PLANIFICATIONS À VENIR : ENJEUX SOCIOSANITAIRES DE LA RÉGION DES LAURENTIDES ..... 69

CONVERGENCE ET COHÉRENCE AVEC LE PLAN STRATÉGIQUE 2001-2004 DU MSSS ..... 75

CONCLUSION ..... 79

PROVENANCE DES INFORMATIONS ..... 83

# INTRODUCTION

# INTRODUCTION

À l'approche du terme du plan de consolidation Mission 2002, la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides présente un bilan couvrant la période 1998-2001. Faire ce bilan est un exercice qui s'impose maintenant, alors que la Régie régionale amorce l'élaboration d'un nouveau plan stratégique, en conformité avec la loi modifiant la gouverne du réseau adoptée en juin 2001.

Rappelons que le plan de consolidation repose sur cinq grandes priorités, que nous avons retenues comme base pour structurer ce bilan de mi-parcours :

- agir davantage en amont des problèmes;
- accentuer le recours à des ressources ambulatoires, plus légères et plus près des milieux de vie;
- améliorer l'accessibilité aux services;
- améliorer la continuité et l'intégration des services;
- gérer les ressources de façon efficiente.

La Régie régionale vise à ce que l'organisation des services maintienne et améliore la santé et le bien-être de la population. En ce sens, ce regard rétrospectif sur l'évolution du réseau de la santé et des services sociaux permet de s'assurer que la population des Laurentides continue à obtenir les services les plus appropriés, que ceux-ci soient de qualité et qu'ils répondent à ses besoins.

Ce bilan permet de vérifier la qualité de notre gestion, de démontrer la pertinence de nos choix et de rendre compte de notre performance.

Cependant, ce bilan ne vise pas à faire état de l'ensemble des activités du réseau. Il se limite aux priorités et aux informations ayant fait l'objet d'un suivi à travers les exercices de reddition de comptes des dernières années. La santé environnementale, la santé au travail, la prévention et le contrôle des maladies infectieuses autres que les MTS et le SIDA, le développement social des communautés, la lutte aux toxicomanies, la déficience physique, la déficience intellectuelle, de nombreux services en milieu scolaire ne constituent que des exemples parmi d'autres de secteurs d'activités de notre réseau de la santé et des services sociaux qui ne sont pas pris en compte de façon intégrée par les exercices de reddition de comptes actuellement en vigueur. De même, la gestion des ressources humaines et les coûts administratifs feront l'objet de plus d'attention dans une étape ultérieure.

Trois grandes questions sont au cœur de la démarche :

1. Avons-nous mis en place les mesures pour implanter les priorités retenues ?
2. Avons-nous amélioré la performance du système de santé et des services sociaux ?
3. Avons-nous contribué au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ?

Pour répondre aux deux premières questions (implantation et performance), le bilan indique, pour chaque priorité, les objectifs à atteindre, les cibles visées et les résultats obtenus. Certaines dimensions font l'objet d'une mesure par indicateurs, tandis que d'autres sont présentées sous forme d'activités réalisées.

Le bilan a été documenté à partir des informations fiables actuellement disponibles; en conséquence, la présentation n'est pas nécessairement uniforme d'une section à l'autre. Le but est de fournir des repères permettant d'obtenir une vision d'ensemble de l'évolution de nos actions par rapport à certains de nos choix visant l'amélioration de la prestation des soins et des services.

Pour amorcer une réponse à la troisième question, le bilan présente un portrait sociosanitaire global qui identifie certains problèmes régionaux dont on peut penser qu'ils devraient s'améliorer, à moyen et à long terme, si nos actions sont pertinentes et efficaces.

Découlant des grandes préoccupations de la Régie régionale des Laurentides, ce premier bilan permet de mesurer le chemin parcouru par le réseau depuis 1998 et il constitue le point de départ pour la prochaine planification.

# Priorité 1

## Agir davantage en amont des problèmes

## PRIORITÉ 1 :

## AGIR DAVANTAGE EN AMONT DES PROBLÈMES

### OBJECTIFS RETENUS

1. Rendre disponibles dans tous les territoires de CLSC les programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité (de type Naître égaux et grandir en santé – NÉGS);

2. Étendre la couverture vaccinale des enfants de deux ans, augmenter le taux de vaccination des jeunes de 15 ans contre l'hépatite B ainsi que pour les rappels du calendrier régulier, augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza des personnes âgées de 65 ans et plus;

3. Mettre en place des programmes de prévention du VIH-Sida et des maladies transmissibles sexuellement pour les populations vulnérables;

4. Implanter le Programme québécois de dépistage du cancer du sein;

5. Soutenir l'abandon du tabagisme;

6. Favoriser la diminution des traumatismes non-intentionnels et intentionnels :
   a. favoriser la prévention des blessures à domicile,
   b. implanter des Programmes d'application sélective (PAS) dans la région,
   c. sensibiliser la population au phénomène de la violence faite aux femmes,
   d. agir en promotion des comportements pacifiques et en prévention de la violence envers les personnes,
   e. ralentir la progression du taux de suicide;

7. Augmenter les investissements en promotion et en prévention.

## PRIORITÉ 1 :

# AGIR DAVANTAGE EN AMONT DES PROBLÈMES

On parlera ici de l'intervention de la santé publique, qui s'effectue selon une approche populationnelle[1]. Cette intervention repose sur différentes stratégies en promotion de la santé, qui visent un contrôle plus grand des citoyens sur leur santé ainsi que sur l'amélioration de celle-ci. Agir en amont des problèmes implique des stratégies préventives visant les déterminants de la santé[2] et les liens entre eux. Les stratégies préventives de réduction des risques visent à retarder, diminuer ou enrayer la morbidité associée à une condition particulière ou à empêcher la manifestation d'une menace appréhendée. Cette intervention s'effectue avant l'émergence des maladies et des problèmes, en agissant sur des facteurs de protection de la santé et du bien-être, sur les conditions de vie favorables au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être, sur la détection précoce des problèmes sociaux et de santé et sur la réduction des facteurs de risque.

### Choix des indicateurs

Par l'action en « *amont des problèmes* », on réfère à un processus de changement dans la façon de voir la santé de la population. À court et à moyen terme, cette priorité d'action en amont des problèmes sera perceptible principalement au niveau des ressources financières et humaines qui devraient être accrues en santé publique. De plus, le nombre de programmes implantés et de projets en émergence devrait augmenter. C'est à plus long terme qu'on peut penser observer des gains au niveau de la santé et du bien-être de la population, notamment au niveau des habitudes de vie. Pour analyser le sens et le rythme des changements, les données seront comparées selon leur évolution dans le temps et, quand elles le permettront, avec l'ensemble du Québec, et en regard d'une norme ou d'une cible visée. Les indicateurs du suivi des Priorités nationales de santé publique (PNSP) sont retenus ici, ainsi que d'autres indicateurs aussi utilisés lors du suivi de l'Entente de gestion MSSS-Régie régionale des Laurentides.

**Priorités nationales de santé publique suivies de 1997-2002**

- le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes;
- les maladies évitables par l'immunisation;
- le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement;
- le dépistage du cancer du sein;
- le tabagisme;
- les traumatismes non intentionnels;
- les traumatismes intentionnels – la violence envers les personnes;
- les traumatismes intentionnels – le suicide.

Il faut garder à l'esprit que plusieurs secteurs d'intervention du plan d'action régional en santé publique font l'objet de bilans sectoriels (par exemple : maladies infectieuses et santé au travail) dont nous ne traiterons pas ici, mais qui seront à prendre en considération lors de prochains exercices.

---

[1] Pour les actions en amont des problèmes menées sur une base individuelle dans le cadre de services de première ligne dispensés, voir la priorité 4, sur le continuum de services qui inclura des services préventifs.

[2] Les déterminants sont l'ensemble des facteurs qui influencent le niveau de santé et de bien-être de la population, soit : les facteurs endogènes ou biologiques tels l'âge, le sexe, les maladies antérieures, les handicaps ... ; les facteurs reliés aux comportements et aux habitudes de vie tels le tabagisme, les toxicomanies, la sédentarité, les habitudes alimentaires ... ; les facteurs reliés à l'environnement, incluant ici l'environnement bio-physico-chimique tels les aliments, l'eau, l'air, le sol, l'aménagement du territoire ... ; les facteurs reliés à l'environnement social tels les conditions de vie, les milieux de vie et les rapports sociaux ... ; les facteurs reliés à l'organisation des systèmes de soins et de services.

**OBJECTIF 1**

## *Rendre disponibles dans tous les territoires de CLSC les programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention en périnatalité (de type Naître égaux et grandir en santé [NÉGS])*

| Cibles pour 2002 | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • Que des programmes de type NÉGS soient offerts dans tous les territoires de CLSC. | ▸ 1997-1998 : 0 / 7 CLSC ;<br>▸ 1998-1999 : 1 / 7 CLSC ;<br>▸ 1999-2000 : 7 / 7 CSLC (cible atteinte) ;<br>▸ 2000-2001 : 7 / 7 CSLC (maintien). | Au niveau provincial, 87,1 % des CLSC offraient NÉGS en 1999-2000, mais seulement 8,2 % proposaient alors un programme respectant les composantes essentielles du suivi individuel. Un seul CLSC des Laurentides suit la norme de 25 rencontres ou contacts par femme suivie en postnatal; la région s'était fixée une cible de 20 rencontres ou contacts par femme suivie, cible que trois CLSC n'ont pas encore atteinte en 2000-2001.<br><br>AUTRES RÉSULTATS D'IMPLANTATION :<br><br>La Régie régionale des Laurentides a offert une session de sensibilisation au programme à laquelle ont participé 67 personnes impliquées dans NÉGS (intervenants des CLSC, des organismes communautaires, etc.). De plus, deux sessions de formation sur l'intervention dans un contexte de pauvreté ont attiré 58 participants parmi les personnes impliquées dans le programme NÉGS. |
| • Rejoindre 50 % des femmes enceintes, pauvres et sous-scolarisées. | nombre / % :<br>1997-1998 : 0 / 0<br>1998-1999 : 15 / 1,9<br>1999-2000 : 188 / 23,3<br>2000-2001 : 303 / 39,4 | La proportion de femmes pauvres et sous-scolarisées rejointes au niveau provincial (1999-2000) est de 47,2 %. Compte tenu des ressources disponibles dans la région, la Régie régionale des Laurentides a pris la décision de fixer la cible régionale à 40 % des femmes pauvres et sous-scolarisées plutôt que de viser la cible provinciale de 50 %. |

| Cibles pour 2002 | Résultats | | Précisions / commentaires |
|---|---|---|---|
| • Augmenter la prévalence de l'allaitement maternel à l'hôpital à 80 %. | 1997 | 64 % * | * Résultat d'une enquête maison par le personnel infirmier des centres hospitaliers. |
| | 1998-1999 | 67 % | |
| | 1999-2000 | 69 % | La moyenne provinciale était de 60 % en 1998-1999. |
| | 2000-2001 | 70 % | |

## OBJECTIF 2

### *Étendre la couverture vaccinale des enfants de deux 2 ans, augmenter le taux de vaccination des jeunes de 15 ans contre l'hépatite B ainsi que pour les rappels du calendrier régulier et augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza des personnes âgées*

| Cibles pour 2002 | Résultats | | | Précisions / commentaires |
|---|---|---|---|---|
| • Atteindre une couverture vaccinale de 95 % pour les enfants de deux ans pour les vaccins du calendrier régulier. | 1998-1999<br>n.d. | 1999-2000<br>n.d. | 2000-2001<br>n.d. | Le système d'information vaccinale n'est pas encore déployé dans la région. Cependant, les informations dont nous disposons nous permettent d'estimer cette couverture vaccinale à près de 90 % pour 1999-2000. |
| • Atteindre une couverture vaccinale des élèves du 4e primaire contre l'hépatite B : 95 %. | 1998-1999<br>87 % | 1999-2000<br>88 % | 2000-2001<br>89 % | Pour l'ensemble du Québec, le taux de vaccination des élèves du 4e primaire contre l'hépatite B était de 89 % en 1998-1999. |
| • Atteindre une couverture vaccinale pour hépatite B chez les élèves du 3e secondaire : 95 %. | 1998-1999<br>0 % | 1999-2000<br>88 % | 2000-2001<br>89 % | |
| • Couverture vaccinale d2T5 des élèves du 3e secondaire : 95 %; | 1998-1999<br>n.d. | 1999-2000<br>87,6 % | 2000-2001<br>n.d. | |
| • Atteindre une couverture vaccinale des personnes âgées vivant en CHSLD : 80 %. | 1998-1999<br>78 % | 1999-2000 *<br>59 % | 2000-2001<br>80 % | * Un changement de méthode de collecte de données expliquerait le fait que les taux obtenus pour 1999-2000 diffèrent beaucoup de ceux des autres années. On estime que, compilés de la même façon, les résultats pour cette année seraient de l'ordre de ceux obtenus pour 1998-1999 et 2000-2001. |
| • Atteindre une couverture vaccinale des personnes âgées vivant en milieu ouvert : 60 %. | 46 % | 39 % | 49 % | Les couvertures vaccinales pour l'ensemble du Québec (1999-2000) sont, en CHSLD, de 81 % et en milieu ouvert, de 52 %. |

## OBJECTIF 3

# *Mettre en place des programmes de prévention du VIH-Sida et des maladies transmises sexuellement pour les populations vulnérables*

| Cibles | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • Mettre sur pied des programmes visant le renforcement des comportements sexuels sécuritaires. | ➢ Programmes existant pour tous les groupes cibles sauf les détenus et les autochtones. | Les groupes cibles identifiés dans le suivi des Priorités nationales de santé publique sont : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisateurs de drogues par injection, les jeunes en général, les jeunes en milieu scolaire, les jeunes en difficulté, les femmes en difficulté, les personnes incarcérées, les autochtones.<br><br>AUTRE RÉSULTAT D'IMPLANTATION :<br><br>Implantation d'un service mobile de dépistage intégré (VIH-VHC-MTS) en partenariat : Direction régionale de la santé publique-CLSC-Centre Sida Amitié. |
| • Mettre en place des programmes permettant aux toxicomanes de se procurer de la méthadone. | ➢ Programme de méthadone au Centre André-Boudreau disponible depuis octobre 1998. | |
| • Mettre en place des programmes permettant aux toxicomanes de se procurer des seringues. | ➢ Nombre de centres d'accès aux seringues :<br><br>1997-1998 : 4<br>1998-1999 : 10<br>1999-2000 : 13<br>2000-2001 : 15 | |

| Cibles | Résultats | | Précisions / commentaires |
|---|---|---|---|
| • Permettre aux toxicomanes de se procurer de la méthadone en augmentant le nombre : | 1998-1999 | 1999-2000 | |
| • de médecins ayant prescrit de la méthadone; | 9 médecins | 20 médecins | |
| • de pharmaciens propriétaires ayant facturé de la méthadone; | 18 pharmaciens | 27 pharmaciens | |
| • de bénéficiaires ayant reçu de la méthadone. | 80 bénéficiaires | 113 bénéficiaires | |

## OBJECTIF 4

# *Implanter le Programme québécois de dépistage du cancer du sein*

| Cibles pour 1997 | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • Implanter le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, ce qui implique : | | Pour l'ensemble du Québec, le code d'acte est implanté dans 13 régions en 1999-2000. On constate ainsi un retard par rapport aux cibles fixées à l'échelle nationale (93 % des centres de dépistage privés et 60 % des centres de dépistage publics étaient désignés en 1999-2000). |
| • entrée en vigueur du code d'acte « mammographie de dépistage » ; | ➢ Code d'acte en vigueur depuis 1999. | |
| • désigner 100 % des centres de dépistage; | ➢ 3 centres sur 5 sont désignés depuis 1998. | Les deux autres centres n'ont pas obtenu leur agrément, préalable à la désignation. |
| • déployer le système d'information dans les centres désignés; | ➢ Le système d'information est déployé dans les centres désignés depuis 1999-2000. | |
| • désigner le centre régional d'investigation; | ➢ Le centre régional d'investigation est désigné depuis 1999-2000, mais n'est pas encore accrédité. | Le centre n'a pas obtenu son agrément en raison des critères retenus qui étaient ceux d'un centre de dépistage alors que le CRID est strictement un centre d'investigation. La loi permet cependant de désigner un centre en attente de son accréditation. |
| • compléter tous les modules de formation auprès de l'ensemble du personnel. | ➢ La formation non complétée dans les deux centres de dépistage qui ne sont pas encore désignés. | |
| • Augmenter le taux de femmes de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie de dépistage : | 1999-2000 / 2000-2001<br>Nb de femmes invitées 5 120* / 10 638**<br>Nb de mammographies de dépistage 7 319 / 8 506 | Les données régionales n'ont pas encore été traitées, mais quelques données de production sont disponibles.<br>*3 mois sur 12 : les invitations ont débuté en janvier 2000.<br>**dont 1561 rappels après 2 ans. |

## OBJECTIF 5

## *Soutenir l'abandon du tabagisme*

| Cibles pour 2002 | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • Rendre accessibles à la population les programmes de soutien à l'abandon du tabagisme. | ➢ Des services d'information et de référence et de programmes de groupe sont accessibles dans tous les CLSC de la région.<br><br>➢ Des services d'aide individuelle sont disponibles via des cabinets de médecin. | |
| • Tenir des activités de promotion des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme. | ➢ 1999-2000 : 18 projets touchant la formation des professionnels de la santé, leur intervention ou le soutien aux établissements du réseau ont été réalisés.<br><br>➢ 2000-2001 : 25 projets touchant la formation des professionnels de la santé, leur intervention ou le soutien aux établissements du réseau ont été réalisés. | |

## OBJECTIF 6a

## *Favoriser la prévention des blessures à domicile*

| Cibles pour 2002 | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • Que des mesures dont l'efficacité a été démontrée par des projets-pilotes de prévention des blessures à domicile soient appliquées. | ➢ Pas de projets-pilotes comme tels implantés au niveau régional. Mais il y a eu :<br>• la production d'un guide provincial sur la prévention des traumatismes chez les enfants;<br>• une enquête sur les réglementations municipales en matière de piscines résidentielles. | La Direction régionale de la santé publique des Laurentides privilégiant une approche réponse / soutien aux besoins du milieu, il y a, à ce jour, peu d'actions régionales correspondant au libellé des résultats attendus dans les Priorités nationales. Pour l'ensemble du Québec en 1998-1999, 12 régions (comparativement à 9 en 1997-1998) ont implanté des projets de prévention des blessures à domicile. |

## OBJECTIF 6b

## *Implanter des Programmes d'application sélective (PAS) dans la région*

<table>
<tr><th>Cibles pour 2002</th><th>Résultats</th><th>Précisions / commentaires</th></tr>
<tr><td>• Réaliser des Programmes d'application sélective (PAS) sur l'alcool au volant.</td><td>➢ Des PAS sur l'alcool au volant sont réalisés dans la région des Laurentides depuis 1998.</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>• Moins de 1 % de conducteurs dépassant la limite légale à l'alcootest.</td><td>➢ pourcentage de conducteurs dépassant la limite légale lors de l'alcootest :
<table>
<tr><th></th><th>1997</th><th colspan="2">1998</th><th colspan="2">1999</th></tr>
<tr><th></th><th>mai-octobre</th><th>mai-juin</th><th>nov.-déc.</th><th>mai-juin</th><th>nov-déc.</th></tr>
<tr><td>Laurentides :</td><td>n.a.</td><td>0.5</td><td>0.4</td><td>1.0</td><td>0.4</td></tr>
<tr><td>Québec :</td><td>n.d.</td><td>0.5</td><td>0.4</td><td>0.4</td><td>0.3</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

## OBJECTIF 6c

# *Sensibiliser la population au phénomène de la violence faite aux femmes*

| Cibles pour 1999 | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • Nommer un responsable du dossier de la promotion-prévention concernant la violence envers les personnes. | ➢ Responsable de dossier nommé depuis 2000. | |
| • Réaliser des activités et distribuer du matériel en rapport avec la campagne de sensibilisation. | ➢ 1997 à 2000 : conférences de presse et distribution d'affiches et de matériel promotionnel.<br>➢ 2000-2001 :<br>• envoi d'une grille de distribution des documents ;<br>• envoi et distribution élargie du matériel promotionnel ;<br>• groupes de discussion sur la violence en milieu scolaire et en Maison de jeunes ;<br>• information et sensibilisation via le site Web du Cégep de St-Jérôme ;<br>• pièce de théâtre « Tant Aimer » sur la violence dans les relations amoureuses ;<br>• rencontres de sensibilisation - journées « porte ouverte » - Café rencontre. | Une tournée régionale auprès des partenaires a été amorcée en 2000-2001. Elle vise à élaborer un état de situation au regard des actions entreprises et à entreprendre en matière de promotion et de prévention de la santé, incluant notamment la problématique de la violence. |
| • Produire du matériel régional lié à la campagne de sensibilisation. | ➢ 1998-1999 : carte des ressources. | |

**OBJECTIF 6d**

## *Agir en promotion des comportements pacifiques et en prévention de la violence envers les personnes*

| Cibles pour 2002 | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • Nombre de projets en promotion de comportements pacifiques et en prévention de la violence. | ➢ 1998-1999 : 6 projets en cours<br>➢ 1999-2000 : 2 projets en cours<br>➢ 2000-2001 : 10 projets en cours | |

## OBJECTIF 6e

## *Ralentir la progression du taux de suicide*

| Cibles pour 2001 | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • Nombre de projets pilotes en prévention du suicide | ➢ 1999-2000 : 1 projet pilote;<br>➢ 2000-2001 : pas de projet pilote comme tel, | mais, il y eu :<br>• une étude sur les trajectoires des demandes d'aide des hommes (en cours);<br>• des activités de formation d'intervenants;<br>• une campagne de sensibilisation sur le contrôle des armes à feu. |

## OBJECTIF 7

# *Augmenter les investissements en promotion et en prévention*

| Cibles | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| ▪ Augmenter la proportion des coûts directs nets en promotion et en prévention sur le total des coûts directs nets en santé et services sociaux. * | ➢ Évolution des dépenses et des heures travaillées en prévention et en promotion, dans Laurentides, de 1996 à 2000; | * La cible telle que formulée n'a pas fait l'objet de suivi. C'est l'évolution des coûts directs nets en promotion et en prévention, au lieu de leur proportion sur l'ensemble des coûts, qui est présentée ici. |

| | 1996-1997 | 1997-1998 | 1998-1999 | 1999-2000 |
|---|---|---|---|---|
| coûts directs nets | 9 714 764 | 8 819 385 | 9 161 441 | 10 284 104 |
| écart par rapport à l'année préc | 11,78 % | - 9,22 % | 3,88 % | 12,25 % |
| heures travaillées | 258 369 | 234 977 | 244 226 | 249 074 |
| écart par rapport à l'année préc | 8,06 % | - 9,05 % | 3,94 % | 1,98 % |

Nous constatons que la baisse de 9,05 % des heures travaillées en 1997-1998 n'a jamais été récupérée par la suite.

Cette baisse des heures travaillées couplée à une augmentation des coûts peut illustrer l'indexation des salaires et le financement d'activités à l'extérieur du réseau (organismes communautaires, par exemple).

L'ensemble des données suivies dans le cadre des Priorités nationales de santé publiques rend compte d'**un accroissement de nos actions en prévention et en promotion,** c'est-à-dire en amont des problèmes. On constate que la région des Laurentides **se rapproche, égale et même parfois dépasse les cibles fixées pour 2002.** Il faut toutefois rappeler que les données présentées ici ne reflètent que les mesures implantées en relation avec les Priorités nationales de santé publique, ce qui exclut les actions situées hors des priorités et pour lesquelles on ne dispose que de données parcellaires. Pour toutes les priorités nationales, en dehors de l'action en périnatalité, la faiblesse des outils de suivi des activités rend difficile une évaluation efficace de la performance des mesures mises en oeuvre.

On pourrait s'inquiéter d'une augmentation des dépenses en promotion-prévention alors que les heures travaillées dans la même rubrique n'ont que très peu augmenté; ceci peut toutefois traduire différents phénomènes : il peut s'agir d'une comptabilisation des coûts par des postes budgétaires qui ont été mouvants au fil des ans; il peut aussi s'agir d'un accroissement des coûts au niveau local, où les investissements en promotion-prévention peuvent fort bien ne pas se traduire en heures travaillées (ex. coûts de projets relevant de partenaires, achat de matériel, etc.); il peut encore s'agir des coûts supplémentaires liés à l'indexation des salaires

Il faut, par ailleurs, garder à l'esprit le fait que des investissements spécifiques et, dans la majorité des cas, récurrents, ont été consentis dans les Laurentides à la périnatalité, et ce aussi bien en santé publique que dans les programmes (suivi infirmier à domicile et congé précoce, notamment). Dans ce secteur particulier des Priorités nationales de santé publique, la région affiche une bonne performance.

Mais, on peut penser que l'accroissement des activités reliées aux Priorités nationales de santé publique auront monopolisé une bonne partie de l'augmentation des dépenses, possiblement au détriment des activités non ciblées par ces priorités.

Un nouveau cadre d'analyse, attendu avec le Programme national de santé publique, devrait permettre d'ajuster les modes de suivi, de les rendre plus complets et plus efficaces.

# Priorité 2

## Accentuer le recours à des ressources ambulatoires, plus légères et plus près des milieux de vie

## PRIORITÉ 2

## ACCENTUER LE RECOURS À DES RESSOURCES AMBULATOIRES, PLUS LÉGÈRES ET PLUS PRÈS DES MILIEUX DE VIE

### OBJECTIFS

1. Mettre en place des interventions ambulatoires et des ressources plus légères et plus près des milieux de vie;

2. Mettre en place des mesures favorisant le développement de réseaux social et communautaire pour soutenir les personnes dans leur milieu;

3. Améliorer la performance du système au regard des interventions ambulatoires, des interventions plus légères et des interventions plus près des milieux de vie.

## PRIORITÉ 2

## ACCENTUER LE RECOURS À DES RESSOURCES AMBULATOIRES, PLUS LÉGÈRES ET PLUS PRÈS DES MILIEUX DE VIE

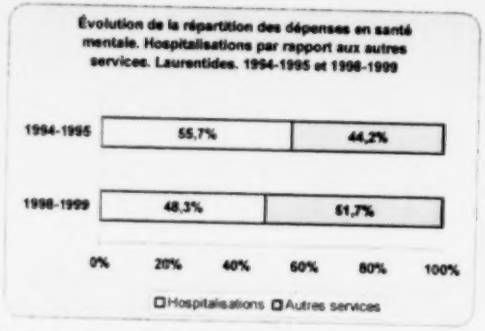
Cette priorité réfère à un ensemble de pratiques qui permettent un recours moindre aux ressources institutionnelles lourdes, qui dispensent des soins et des services à des personnes qui ont la capacité de se déplacer pour les recevoir ou qui permettent de mieux suivre et de servir la personne dans son milieu naturel. Il s'agit de nouvelles façons de faire qui sont, dans certains champs d'activités, bien identifiées et, dans d'autres, moins documentées. Le défi pour le suivi consiste à reconnaître les pratiques nouvelles, et l'aménagement des ressources qui les permettent.

Le développement des services ambulatoires et plus près des milieux de vie réfère à un ensemble de pratiques tant sociales que sanitaires permettant d'éviter le recours aux ressources plus onéreuses, dites lourdes (centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), Centre jeunesse), ou bien, dans certains cas, d'en réduire de façon significative, en ciblant les clientèles, la durée d'utilisation. Dans cette perspective, les indicateurs retenus permettent, d'une part, de mesurer l'évolution de nouvelles façons de faire (ex. : soutien à domicile, chirurgie d'un jour, intervention plus près des milieux de vie, services externes, etc.) et, d'autre part, d'évaluer l'utilisation des ressources considérées comme les plus coûteuses (ex. : taux d'hospitalisation ou d'institutionnalisation qui devraient diminuer, ou évoluer sous d'autres pressions comme l'augmentation de la rétention en région, l'augmentation des clientèles vulnérables chroniques, etc.). Pour analyser le sens et le rythme des changements, les données seront comparées selon leur évolution dans le temps et, quand elles le permettront, avec l'ensemble du Québec, et en regard d'une norme ou d'une cible visée.

## OBJECTIF 1

## *Mettre en place des interventions ambulatoires et des ressources plus légères et plus près des milieux de vie*

| Cibles | Résultats |
|---|---|
| • Augmenter les dépenses en maintien à domicile* et les budgets per capita en maintien à domicile en CLSC.<br>* Inclut les soins ambulatoires. | **Évolution des dépenses de maintien à domicile dans les Laurentides, de 1995 à 2000**<br>1995-1996 / 1998-1999 / 1999-2000<br>CLSC 10 736 961 $ / 16 723 398 $ / 18 423 398 $<br>Action bénévole 1 030 884 $ / 1 596 124 $ / 1 652 153 $<br>**Total 11 767 845 $ / 18 319 522 $ / 20 075 551 $**<br> |

| Cibles | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • Répartir les budgets par catégorie d'établissements pour qu'ils appuient le développement d'interventions plus légères, de ressources ambulatoires et plus près des milieux de vie. | ➢ Évolution des budgets nets (déboursés) par catégories d'établissements des Laurentides, de 1997-1998 à 1999-2000 :<br><br>1997-1998 / 1999-2000 / écart<br>CLSC 37 075 529 $ / 49 195 900 $ / + 32,7 %<br>CHSGS 165 315 751 $ / 203 866 611 $ / + 23,3 %<br>CHSLD 36 316 888 $ / 44 026 728 $ / + 21,2 % | Nous constatons une augmentation plus importante des budgets alloués aux CLSC, dont la mission et les activités concernent généralement des interventions plus légères et plus proches des milieux de vie, que pour les établissements offrant, typiquement, des soins plus lourds et spécialisés.<br><br>Il faut cependant souligner que, sans compter l'augmentation de la demande liée au vieillissement de la population, les services dispensés à domicile par les CLSC comprennent de plus en plus de services complexes pour des clientèles en besoin de soutien intensif en maintien à domicile (SISMAD), et sont ainsi moins que par le passé des ressources « légères ».<br><br>On remarque de plus que les budgets nets des autres établissements ont aussi augmenté, sans pouvoir clairement attribuer cet accroissement au volume ou aux besoins de leurs clientèles. |
| • Répartir les dépenses (coûts directs nets) de santé mentale à 40 % pour les hospitalisations et à 60 % pour les autres services. |  | Les « autres services » incluent non seulement les services externes des centres hospitaliers, mais aussi les autres services offerts dans la communauté (CLSC, etc.). |

## OBJECTIF 2

## *Mettre en place des mesures favorisant le développement de réseaux social et communautaire pour soutenir les personnes dans leur milieu*

**Cibles :**

- Favoriser le développement d'organismes communautaires dans les différents secteurs d'activité.

**Résultats :**

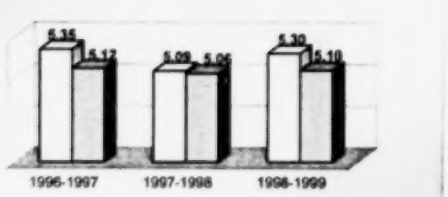
**Nombre d'organismes communautaires subventionnés par la Régie régionale des Laurentides et montant des subventionsselon le secteur d'activité (dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) ):**

| Secteur | 1997-1998 | | 1998-1999 | | 1999-2000 | | 2000-2001 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nb | $ | Nb | $ | Nb | $ | Nb | $ |
| Services à la communauté | 49 | 525 454 | 56 | 1 067 094 | 53 | 1 335 405 | 54 | 2 086 310 |
| Services aux femmes et aux hommes en difficulté | 13 | 1 891 191 | 14 | 2 034 196 | 14 | 2 127 644 | 15 | 2 408 548 |
| Services à la jeunesse | 17 | 1 598 760 | 25 | 1 945 648 | 25 | 2 164 161 | 27 | 2 955 482 |
| Santé mentale | 16* | 1 720 974 | 16* | 1 811 152 | 15** | 1 846 807 | 15** | 2 158 732 |
| Concertation régionale | 1 | 60 640 | 1 | 92 784 | 1 | 127 228 | 1 | 132 753 |
| Maintien à domicile | 32 | 1 549 979 | 32 | 1 596 124 | 29 | 1 684 935 | 28 | 1 773 128 |
| Total | 128 | 7 346 998 | 141 | 8 546 998 | 137 | 9 286 180 | 140 | 11 514 953 |

* 4 organismes communautaires subventionnés dans ce secteur d'activité n'ont pas une mission spécifiquement dédiée à la santé mentale.
** 3 organismes communautaires subventionnés dans ce secteur d'activité n'ont pas une mission spécifiquement dédiée à la santé mentale.

## OBJECTIF 3

### *Améliorer la performance du système au regard des interventions ambulatoires, des interventions plus légères et des interventions plus près des milieux de vie*

| Cibles | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • Diminuer les durées moyenne de séjour (DMS) en tenant compte des caractéristiques de la clientèle et des types d'interventions. | **Durées moyennes de séjour attendues* et observées en santé physique. Laurentides. 1996 à 1999**<br>  <br><br>**Durée moyenne de séjour (DMS) par regroupement de spécialités (santé physique) :**<br>Spécialités 1997-1998 1998-1999 1999-2000<br>- chirurgie 7,5 7,0 6,3<br>- médecine 7,2 6,8 7,1<br>- obstétrique-nouveaux-nés 2,8 2,7 2,6 | * La durée moyenne de séjour (DMS) attendue est établie selon la structure des cas hospitalisés dans la région; la relation entre la DMS attendue et la DMS observée s'exprime en nombre de jours d'hospitalisation en excédant ou en économie si chaque patient avait la DMS du Québec pour le même diagnostic, pour la même année.<br><br>Alors que la DMS en chirurgie a diminué au fil des ans, l'augmentation de la DMS en médecine dans la dernière période rapportée pourrait être une indication de la complication dans la condition des patients admis, ou encore de l'augmentation de la médecine d'investigation, des pathologies complexes, etc. Bien d'autres explications pourraient cependant être avancées. |

| Cibles | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • Tendre vers une réduction des taux d'hospitalisation en santé physique par 1000 habitants en tenant compte des caractéristiques de la clientèle (notons toutefois que le vieillissement de la population contribue à une augmentation des données découlant de cet indicateur). | ➢ Nombre de jours d'hospitalisation par 1000 habitants (taux bruts et non standard) et taux d'hospitalisation (nombre de cas) dans les Laurentides, 1997 à 1999 :<br>1997-1998 / 1998-1999 / 1999-2000<br>nb de jrs d'hospitalisation / 1000 habitants : 0,58 / 0,59 / 0,59<br>taux d'hospitalisation : 0,086 / 0,092 / 0,10 | Avec le virage ambulatoire, on pourrait s'attendre à ce que le taux d'hospitalisation diminue – et c'est le contraire qui se produit dans les Laurentides. Il faut sans doute invoquer ici l'augmentation de la demande, reliée au vieillissement de la population, comme une hypothèse plausible bien que partielle. |
| • Augmenter la proportion de chirurgies d'un jour en tenant compte des caractéristiques de la clientèle et des types d'interventions. | ➢ Évolution du nombre et du taux de chirurgies d'un jour par rapport à l'ensemble des chirurgies dans les Laurentides, de 1996-1997 à 1999-2000 :<br>1997-1998 / 1998-1999 / 1999-2000<br>nb chirurgies d'un jour : 8 161 / 8 728 / 9 421<br>nb total de chirurgies : 15 487 / 16 724 / 17 668<br>taux de chirurgies d'un jour par rapport aux chirurgies totales : 52,7 % / 52,2 % / 53,3 %<br>taux d'utilisation de la chirurgie d'un jour par rapport aux interventions ciblées : 77,8 % / 82,3 % / 83,0 % | Le pourcentage d'atteinte des interventions réalisables en chirurgie d'un jour n'a pas fait l'objet d'analyse au sein des ententes de gestion de l'exercice 1999-2000. Cependant, le taux d'utilisation de la chirurgie d'un jour sur les interventions ciblées est en croissance continue dans la région. |
| **pour 1999**<br>• Réduire à 20 jours la durée moyenne de séjour (DMS) des hospitalisations pour diagnostics psychiatriques. | 1994-1995 : 18,7<br>1998-1999 : 16 | La DMS pour diagnostic psychiatrique pour le Québec était de 23,9 jours en 1994-1995 et de 17,2 jours en 1998-1999. Le *Rapport national de suivi des ententes de gestion* note que dans certaines régions, les DMS significativement inférieures à l'objectif visé de 20 jours soulèvent la question de l'existence ou non des services dans la communauté pour prendre le relais suite aux hospitalisations et du risque potentiel qui s'ensuit. |

| Cibles | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • Maintenir l'hébergement permanent en CHSLD à 3,5 %. | ➢ Places et taux d'hébergement permanent en CHSLD au 31 mars de chaque année (hébergement permanent, excluant l'achat de places). Laurentides. 1998-2001<br><br>31-03-1998 places 1643 taux 3,5 %<br>31-03-1999 places 1686 taux 3,5 %<br>31-03-2000 places 1756 taux 3,5 %<br>30-03-2001 places 1756 taux 3,4 | Le seuil minimal du MSSS pour l'hébergement permanent est de 3,5 %. Le taux d'hébergement global, donc en ajoutant l'hébergement temporaire et le développement de ressources alternatives à l'hébergement en CHSLD, est de 4,2 % pour les Laurentides.<br><br>Ces chiffres ne tiennent pas compte de l'achat de places supplémentaires, mais même en les comptant dans l'hébergement permanent, celui-ci se maintient autour du seuil de 3,5 % (à 3,6 %). |
| • Augmenter le nombre d'usagers rejoints par les services de maintien à domicile des CLSC. | | Il est à noter que cette augmentation du nombre d'usagers des services à domicile des CLSC découle en bonne partie de la clientèle du virage ambulatoire et non seulement d'une évolution des services aux personnes âgées de 65 ans et plus. |

## ANALYSE

Il serait approprié de reconsidérer l'appellation « ressources légères » lorsqu'on désigne les services de soutien à domicile dispensés par les CLSC, compte tenu du besoin de plus en plus marqué de soutien intensif des clientèles, qu'elles soient âgées ou non, chroniquement vulnérables ou des personnes nécessitant un suivi post-hospitalier complexe. On constate que les investissements consacrés à des ressources dites plus légères ont bel et bien été accrus entre 1998 et 2001, et ce, dans la plupart des programmes-clientèles : les dépenses moyennes per capita en maintien à domicile sont en croissance continue depuis 1994-1995, les budgets nets des CLSC ont augmenté plus que ceux des centres hospitaliers et des CHSLD, les montants versés aux organismes communautaires par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) ont aussi connu une croissance continue partout, bien que le nombre d'organismes subventionnés n'ait augmenté que dans certains secteurs d'activités, notamment dans les services à la jeunesse. Cette croissance des ressources va donc dans le sens de l'objectif, mais reste sujette à un questionnement sur leur suffisance en regard de l'accroissement des besoins.

En santé mentale, par ailleurs, la cible consistant à inverser les proportions de 60 %-40 % entre les dépenses d'hospitalisation par rapport aux autres services vers un 40 % et 60 %, n'est pas atteinte. On peut cependant soulever la question de la pertinence de cette cible pour les Laurentides, étant donnée la pénurie préalable de ressources hospitalières en santé mentale qui mettait la région dans une position où les coupures au niveau des hospitalisations étaient peu envisageables pour effectuer des transferts au niveau des autres services en santé mentale. De plus, les organismes communautaires offrant au total la gamme des services communautaires en santé mentale sont en nombre équivalent à la cible pour 2002 depuis 1997-1998. Nous reviendrons sur la mise en place des autres services dans l'exposé des résultats sur l'amélioration de l'accessibilité des services.

Quant au virage ambulatoire comme tel, plusieurs informations confirment qu'il est sérieusement amorcé, mais que le vieillissement de la population et la complexité des conditions de santé pèsent de plus en plus lourdement sur les ressources. Pourtant, les durées moyennes de séjour semblent diminuer en chirurgie, sont stables en obstétrique mais sont remontées en médecine après une baisse en 1998-1999. Les nombres et même les taux de chirurgie d'un jour sur l'ensemble des chirurgies sont toujours en croissance même si le nombre total de chirurgies augmente aussi de façon continue. De même, l'utilisation de la chirurgie d'un jour sur les interventions ciblées est en croissance continue.

Même avec l'achat de places, l'évolution des places et des taux d'hébergement permanent en CHSLD de 1998 à 2001 traduisent un choix de la région d'investir davantage dans le maintien dans le milieu de vie et dans le recours aux ressources du milieu. On constate ainsi que les taux d'hébergement permanent sont demeurés stables, autour du seuil minimum fixé par le MSSS à 3,5 %. En contrepartie, au niveau du volume des activités au sein des ressources dites plus légères, on constate une augmentation du nombre des usagers des services à domicile des CLSC entre 1997-1998 et 2000-2001 et une augmentation des dépenses entre 1995-1996 et 1999-2000. Il est cependant important de rappeler, encore ici, que les services à domicile ne s'adressent pas seulement aux personnes âgées, mais incluent également la clientèle du virage ambulatoire, tous âges confondus. La croissance récente des services à domicile a surtout contribué à répondre à cette nouvelle clientèle ambulatoire. De plus, la clientèle « traditionnelle » du maintien à domicile, les personnes âgées en perte d'autonomie, est souvent plus vulnérable et requiert un soutien plus intensif qu'il y a quelques années. Malheureusement, on ne dispose actuellement d'aucun moyen de distinguer de façon systématique la part de chacune des clientèles du maintien à domicile.

Quant aux fruits du virage milieu dans les services à la jeunesse, l'accroissement des ressources s'est traduit par une augmentation de l'accessibilité. On y reviendra donc lors de l'analyse des informations de la troisième priorité.

# Priorité 3

## Améliorer l'accessibilité aux services

## PRIORITÉ 3

## AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

### OBJECTIFS

1. Mettre en place les mesures pour assurer l'accès aux services de première ligne, généraux et spécialisés, pour tous les territoires de CLSC de la région ;

2. Améliorer la performance du système en matière d'accessibilité aux services;

3. Améliorer la satisfaction de la clientèle à l'égard de l'accessibilité aux services.

## PRIORITÉ 3

# AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

L'accessibilité est un concept bien documenté qui réfère aux caractéristiques du système qui facilitent ou entravent son utilisation. On parle des services qui devront être offerts sur une base locale, mais aussi des services régionaux et nationaux pour lesquels l'accès devra être amélioré par divers mécanismes et mesures. L'amélioration de l'accessibilité devrait se traduire par une plus grande facilité à identifier les services, l'existence et la diffusion de l'information sur des mécanismes simples d'accès, un personnel suffisant, une disponibilité adéquate de services requis et une plus grande rapidité de leur accès pour les clientèles qui en ont besoin.

Les dimensions géographique et socio-organisationnelle de l'accessibilité sont les plus fréquemment utilisées. La première est en fonction de la distance, du temps de déplacement ou de l'effort déployé par l'utilisateur pour se rendre au lieu de dispensation du service. L'accessibilité socio-organisationnelle comporte quatre sous-dimensions : la **disponibilité** (l'existence d'un service, en termes quantitatifs, et la suffisance et la répartition appropriée du personnel pour l'assurer), la **commodité** (le rapport entre les caractéristiques du système d'accueil et la capacité des clients à s'y adapter), l'**accessibilité économique** (relation entre le coût - direct ou indirect - des services et la capacité de payer du bénéficiaire), et l'**acceptabilité** (le rapport entre les attitudes, les valeurs des clients à l'égard des services et celles des dispensateurs).

L'accessibilité des services se traduit par la capacité des organisations d'offrir ou de voir à ce que soient offerts à la population la quantité de services (généraux et spécialisés) requis en fonction de ses besoins et au moment adéquat, et que ces services soient dispensés le plus près possible de son milieu de vie (traité dans le suivi de la priorité précédente), ou de la façon la plus simple d'accès. Les indicateurs des redditions de comptes qui ont été retenus ici traduisent l'état des contraintes qui s'exercent sur l'accès aux services et qui permettent un suivi par indicateurs : la disponibilité des ressources (financières, humaines et matérielles), les délais pour la prestation des services, le volume des personnes en attente de services ainsi que le volume des clientèles desservies, et ce, à travers les trois paliers de dispensation de soins (local, régional et national). Pour analyser le sens et le rythme des changements, les données sont comparées selon leur évolution dans le temps et, quand elles le permettent, avec l'ensemble du Québec, et au regard d'une norme ou d'une cible visée. L'accessibilité financière, culturelle et géographique ne font pas l'objet d'un suivi par indicateurs, si ce n'est au niveau de la satisfaction des usagers à leur égard.

**OBJECTIF 1**

## *Mettre en place les mesures pour assurer l'accès aux services de première ligne, généraux et spécialisés, pour tous les territoires de CLSC de la région*

## Projets identifiés

**Pour les services d'urgence :**

- Plan de contingence pour la période hivernale (depuis 1999) visant à répartir la pression subie dans les salles d'urgence vers d'autres ressources du milieu;
- Projets de rénovation des salles d'urgence de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et du Centre hospitalier Laurentien (annonce par le MSSS en 2000).

**Pour les services médicaux généraux et spécialisés :**

- Plan régional d'effectifs médicaux dans le but de permettre un suivi plus étroit du déploiement des ressources médicales.

**Pour les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille :**

- Rehaussement budgétaire du Centre jeunesse des Laurentides et des CSLC qui s'est traduit notamment par une augmentation des services psychosociaux des CLSC et l'amélioration de l'accès aux services d'évaluation et de thérapie du Centre jeunesse des Laurentides;
- Centralisation des mécanismes d'accès aux places d'hébergement.

**Pour l'hébergement et les soins de longue durée :**

- Planification des ressources en vue de l'ajout de 378 places en CHSLD pour la période 2000-2006 afin de maintenir un taux d'hébergement suffisant pour répondre aux besoins de la clientèle en lourde perte d'autonomie. Cette démarche s'inscrit dans un exercice s'articulant à partir de trois volets : le soutien à domicile, les ressources alternatives et l'hébergement de longue durée.

**Pour le soutien à domicile des CLSC :**

Évolution du budget de soutien à domicile des CLSC dans les Laurentides, de 1997-1998 à 1999-2000

| | 1997-1998 | 1998-1999 | 1999-2000 |
|---|---|---|---|
| Injections | 1 250 000 $ | 2 086 437 $ | 17 000 000 $ |
| Budget (incluant les injections) | 14 636 961 $ | 16 723 398 $ | 18 423 398 $ |

**Pour l'ensemble des services :**

- Mécanismes de rétention et de recrutement face à la pénurie de personnel infirmier (*Plan d'action régional lié à la problématique des infirmières*, élaboré en mars 1999), en partenariat avec Emploi-Québec et les organismes rattachés au milieu de l'éducation

***Actions (1999-2000 et 2000-2001) pour contrer la pénurie de personnel :***

- monitorage de la réponse aux besoins de recrutement pour la période estivale;
- programme de retour à la profession;
- formation en spécialité en centres hospitaliers;
- harmonisation des programmes d'orientation et coordination des stages en CLSC;
- implantation d'un DEC de base à Mont-Laurier;
- externat : étudiantes de 2e année;
- recyclage des infirmières auxiliaires.

Total des budgets alloués à l'ensemble de ces actions : 1 328 000 $.

**Pour les services hospitaliers en santé mentale :**

- Nombre de lits de courte durée psychiatrique dressés (excluant les lits dédiés à la psychiatrie légale) :

| Cible pour : | 2000 | 1998-1999 | 1999-2000 |
|---|---|---|---|
| | 126 | 96 | 103 |

## OBJECTIF 2

## *Améliorer la performance du système en matière d'accessibilité aux services*

| Cibles | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • **pour 1999-2000, cinq cibles sont retenues pour caractériser une bonne performance des services d'urgence en centre hospitalier :** | **1999-2000** | **Résultats pour l'ensemble du Québec (1999-2000) :** |
| • pourcentage de séjours de 24 heures ou plus sur civière à 15 % ou moins; | 8,0 % | - Séjours de 24 heures ou plus sur civière : 16,5 %; |
| • pourcentage de séjours de 48 heures ou plus sur civière à 0 %; | 1,2 % | - Séjours de 48 heures ou plus sur civière : 3,2 %; |
| • séjour moyen sur des civières dans les salles d'urgence – personnes admises à moins de 12 heures; | 9,8 heures | - Séjour moyen sur des civières – personnes admises : 17,0 heures; |
| • séjour moyen sur des civières dans les salles d'urgence – personnes non admises à moins de 8 heures; | 7,9 heures | - Séjour moyen sur des civières – personnes non admises : 10,9 heures; |
| • taux d'occupation des civières de 80 % ou moins. | 95,4 % | - Taux d'occupation des civières : 107,2 %. |

| Cibles | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| **Pour les services spécialisés, cinq secteurs d'amélioration de l'accès ont été retenus au plan national :**<br><br>**Spécialité** — **Cibles pour 1999-2000 pour les Laurentides**<br>- chirurgie de la cataracte : 369 interventions de plus<br>- arthroplastie (hanche et genou) : 22 interventions de plus<br>- chimiothérapie : maintenir<br>- hémodialyse : 65 personnes traitées<br>- dialyse péritonéale : 22 personnes traitées | mars 2000<br><br>863 interventions de plus<br>97 interventions de plus<br>1 480 interventions de plus<br>97 personnes traitées<br>13 personnes traitées<br><br>**Nombre de patients en attente pour certaines spécialités :**<br>**Spécialités** — **Déc. 1998** — **Mars 2000** — **Augmentation**<br>Chirurgie de la cataracte — 565 — 1428 — 252 %<br>Orthopédie de la hanche — 17 — 35 — 101 %<br>Orthopédie du genou — 20 — 35 — 75 %<br><br>**Durée moyenne d'attente (en mois) pour certaines spécialités**<br>***Spécialités*** — ***Durée moyenne d'attente***<br>***Déc. 1998*** — ***Mars 2000***<br>Chirurgie de la cataracte — 6,0 — 5,9<br>Orthopédie de la hanche — 3,6 — 3,6<br>Orthopédie du genou — 3,9 — 4,1 | Les cibles énoncées étaient fixées pour 1999-2000 et avaient 1997-1998 comme année de référence. Les résultats, dépassant généralement de beaucoup les objectifs, pourraient ne pas traduire seulement une meilleure accessibilité aux services spécialisés pour la région, mais probablement aussi une **augmentation de la demande** et **un alourdissement des cas** en services spécialisés découlant du vieillissement de la population et d'une plus grande rétention de la clientèle de la région. Notons par ailleurs que l'alourdissement des cas observés chez certaines clientèles se traduirait par une diminution (ou une stagnation) de la clientèle éligible à la **dialyse péritonéale**, parallèlement à une augmentation de la consommation de services en **hémodialyse**. (On retrouve le même phénomène dans d'autres régions, comme l'Outaouais). |

| Cibles | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • **Pour les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille**<br><br>Réduire le nombre de jeunes en attente à l'évaluation et les délais d'attente à l'évaluation - Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) : | **Nombre moyen de jeunes en attente d'une évaluation durant l'année**<br><br>1998-1999 : 68<br>1999-2000 : 78<br>2000-2001 : 47<br><br>**Délai d'attente à l'évaluation DPJ**<br><br>- Délai moyen d'attente à l'évaluation : 1998-1999 : 33,9 jrs ; 1999-2000 : 29,9 jrs<br>- Proportion des délais de plus de 4 jours : 1998-1999 : 67,2 % ; 1999-2000 : 65,4 %<br>- Moyenne des délais d'attente de plus de 4 jours : 1998-1999 : 44,2 jrs ; 1999-2000 : 44,7 jrs | Si le **nombre moyen de jeunes en attente** d'une évaluation est passé de 68 en 1998-1999 à 78 en 1999-2000, il a connu une baisse importante dans les derniers mois de 1999-2000 (à partir de janvier 2000) et s'est maintenu, en 2000-2001, au niveau de la capacité théorique hebdomadaire de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) de réaliser des évaluations, qui est de 51,2 cas.<br><br>Les résultats particulièrement élevés pour les délais d'attente dans la région relèvent du fait que les calculs de délais du Centre jeunesse des Laurentides (CJL) sont effectués en jours-calendriers plutôt qu'en jours ouvrables comme dans la plupart des autres régions. Les comparaisons avec l'ensemble du Québec ne sont donc pas appropriées. |

| Cibles | Résultats | Précisions / commentaires |
|---|---|---|
| • **pour l'hébergement et les soins de longue durée :**<br>• diminuer la durée moyenne d'attente pour les personnes admises en hébergement dans les Laurentides;<br>• diminuer le taux annuel d'attente en hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans les Laurentides. | 1998-1999 : 38 jrs<br>1999-2000 : 29 jrs<br>1998-1999 : 7,3 %<br>1999-2000 : 8,2 % | Ces délais ne tiennent pas compte des délais encourus avant d'apparaître sur la liste des personnes admises et qui peuvent varier beaucoup selon le cas.<br>Moyenne provinciale en 1999-2000 : 63,3 jours<br>Moyenne provinciale en 1999-2000 : 8,5 % |
| • **pour le maintien à domicile**<br>• diminuer les listes d'attente en maintien à domicile dans les Laurentides, de 1997-1998 à 1999-2000. | Nombre de personnes en attente de services de maintien à domicile : 1996-1997 : 180; 1997-1998 : 441; 1998-1999 : 312; 1999-2000 : 843 | Il faut rappeler qu'il y a eu accroissement du nombre d'usagers des services de maintien à domicile (passant de 10 777 en 1997-1998 à 11 735 en 1999-2000). |

- **pour Info-Santé**

**CIBLE** :

L'augmentation du taux d'appels « répondus » en moins de 4 minutes, du nombre d'appels traités et du taux d'utilisation par 1000 habitants, de même que la diminution de la perte d'appels, vont dans le sens de l'objectif. La durée moyenne d'intervention doit se situer près de la moyenne provinciale.

**RÉSULTATS :**

| Appels à la centrale | 1998-1999 | 1999-2000 | | | 2000-2001 |
|---|---|---|---|---|---|
| | Résultats | Cible | Résultats | Moyenne provinciale | |
| ➢ Appels répondus en moins de 4 min. | 17% | **50%** | 45% | 77% | n.d. |
| ➢ Perte d'appels | 30,9% | s.o. | 24,8% | 21% | |

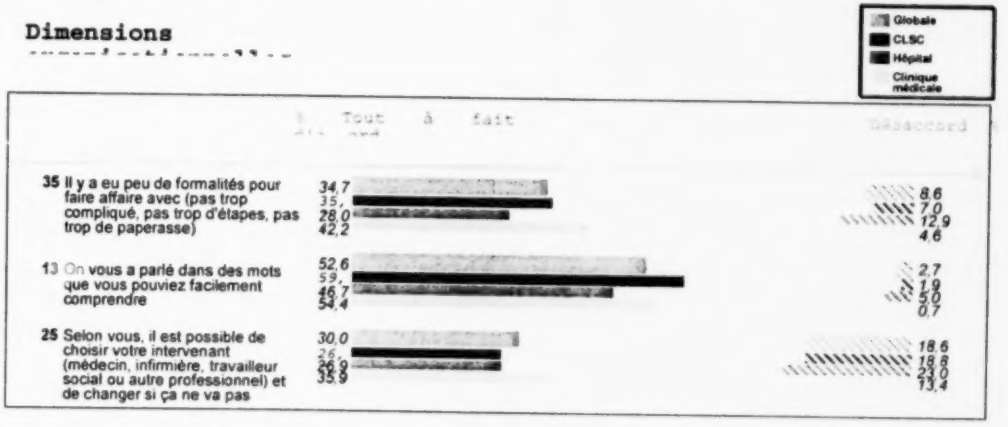
| Ensemble des appels (centrale et locale) | 1998-1999 | 1999-2000 | | 2000-2001 |
|---|---|---|---|---|
| | Résultats | Résultats | Moyenne provinciale | Résultats * |
| ➢ Nombre d'appels traités | 154 140 | 136 122 | | 136 219 |
| ➢ Taux d'utilisation / 1000 habitants | 338 | 294 | 316 | 290 |
| ➢ Durée moyenne d'intervention | 9,11 min. | 10,68 min. | 9,45 min. | n.d. |

* estimation

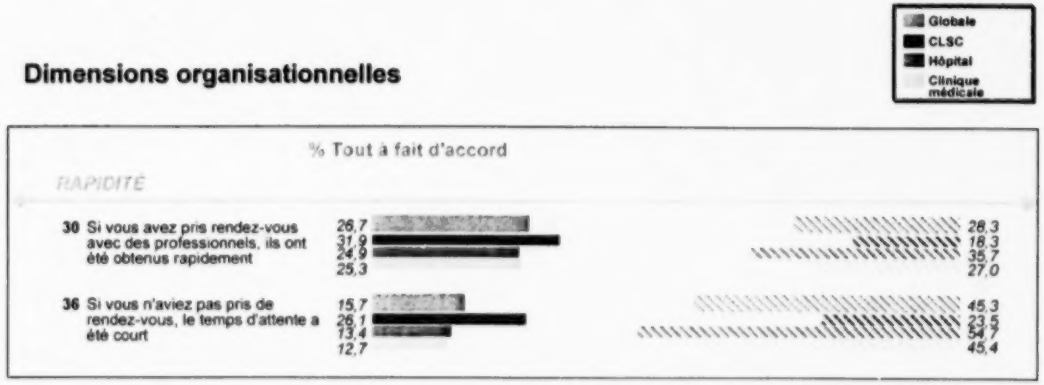
## OBJECTIF 3

# *Améliorer la satisfaction de la clientèle à l'égard de l'accessibilité aux services*

Certains énoncés du sondage 2001 sur les attentes et la satisfaction des usagers faisaient directement ou indirectement référence à l'accessibilité des services dispensés dans la région. Les résultats issus des dimensions d'accessibilité, de facilité et de rapidité, ainsi que ceux de certains énoncés portant sur la dimension de fiabilité sont éloquents : l'insatisfaction à l'égard des délais encourus pour la prestation de services, qu'il s'agisse de temps d'attente lorsqu'on n'a pas pris de rendez-vous ou les délais pour en obtenir un, est extrêmement élevée, particulièrement dans les hôpitaux et les cliniques médicales privées. Ces aspects devraient donc être pris en considération dans le cadre d'éventuelles démarches visant à améliorer l'accessibilité des services. Des progrès sont également souhaitables quand il s'agit de la possibilité de choisir son intervenant, des heures d'ouverture et de l'information sur les services offerts. L'hôpital se démarque cependant à l'égard des heures d'ouverture, fort probablement en raison de l'urgence. Les aspects de l'accessibilité reliés à l'accès géographique (énoncé 31) et à la communication (énoncés 13 et 22) sont ceux par rapport auxquels les usagers expriment le plus de satisfaction.



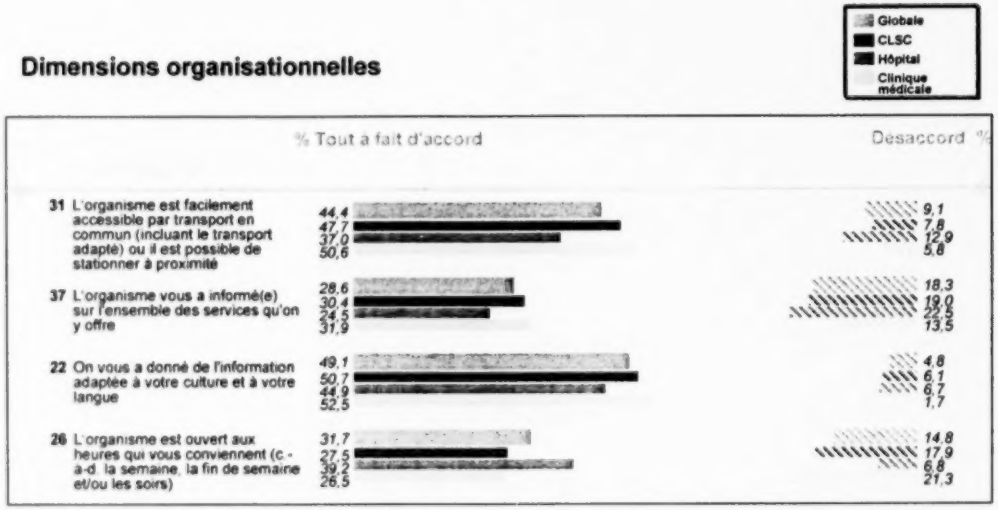
Ces résultats mitigés de l'évaluation de la satisfaction en matière d'accessibilité sont en partie corroborés par les derniers rapports régionaux sur le traitement des plaintes[3]. En effet, la catégorie « accessibilité et continuité » est parmi celles qui regroupent le plus d'objets de plainte. Les services préhospitaliers d'urgence[4], les CLSC, les centres de réadaptation et, dans une moindre mesure, les centres hospitaliers sont les services qui font le plus fréquemment l'objet de ce type de plainte.




Les motifs de plaintes cités qui sont les plus spécifiquement reliés à l'accessibilité concernent les délais rencontrés pour obtenir des services ou des rendez-vous (correspond aux énoncés 30 et 36 du sondage), le choix du professionnel (énoncé 25), le refus de prodiguer certains soins et services et l'absence de programmes.

[3] Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes. Régie régionale des Laurentides. 1999-2000 et 2000-2001.
[4] Ajoutons toutefois que dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence, il y a eu un rehaussement budgétaire récurrent de plus de 1,5 million $, ce qui représente un peu plus de 10 % du budget annuel dédié à ce secteur. Ces sommes ont permis d'augmenter de 5 véhicules ambulanciers la flotte de la région et d'ajouter plusieurs quarts de travail supplémentaires.

## Dimensions organisationnelles



## ANALYSE

Entre 1998 et 2001, la mise en place de plusieurs mesures dûment identifiées pour améliorer l'accessibilité a été amorcée et avancée à des degrés divers selon les secteurs d'activités :

- plans de contingence des services d'urgence pour la période hivernale;
- rehaussement budgétaire du Centre jeunesse des Laurentides et des CLSC ayant permis d'augmenter les services psychosociaux en CLSC et l'accès aux services du Centre jeunesse des Laurentides;
- injections de fonds pour accroître les services de soutien à domicile;
- planification d'ajouts de lits en CHSLD pour maintenir un taux d'hébergement suffisant, entre 2000 et 2006, compte tenu d'un alourdissement prévisible des clientèles;
- augmentation du nombre de lits dressés en courte durée psychiatrique (ce qui d'ailleurs nous laisse encore loin en-dessous de la cible pour 2002, comme d'ailleurs pour les lits de longue durée psychiatrique dont le nombre a été maintenu).

D'ailleurs, à l'égard des ressources en santé mentale, la région des Laurentides est dans une position difficile. En effet, pour atteindre la cible, les Laurentides, à l'instar de quelques autres régions, doit augmenter le nombre de lits plutôt que le diminuer. On a vu dans la priorité 2 qu'il fallait répartir les dépenses à 40 % pour les hospitalisations et à 60 % pour les autres services. En principe, cette cible signifiait de diminuer le nombre de lits ou la durée moyenne de séjour en psychiatrie pour augmenter les services près des milieux de vie. Or, la région des Laurentides est sous la norme de 0,4 lits par 1 000 habitants, étant donné la présence de clientèle historique. Il n'est donc pas possible de financer davantage de services dans la communauté en fermant des lits.

De nombreux travaux ont été menés et des fonds ont été investis dans la région en vue de contrer la pénurie d'infirmières qui nuit considérablement à l'accessibilité aux services du réseau. Malgré cette pénurie, et avec une injection financière dans les services de première ligne, la performance des établissements en matière d'accessibilité s'avère très bonne sur certains plans et dans plusieurs secteurs, même si les usagers, et encore plus les usagers des centres hospitaliers de la région, ont manifesté tant dans le sondage que par les plaintes déposées que cette performance était nettement insuffisante en matière de délais. On voit aussi dans les données du sondage des informations inédites sur la performance des cabinets privés de médecins en regard de l'accès : leurs heures d'ouverture donnent lieu à beaucoup d'insatisfaction, de même que les délais au niveau de la prise de rendez-vous et de l'attente lors des rendez-vous.

Toutefois, le résultat le plus notable en regard de l'accessibilité est sans doute celui des interventions en services spécialisés pour lesquelles les cibles pour 2002 ont été largement dépassées en 1999-2000; par exemple, alors que la cible en chimiothérapie pour 2002 était un maintien du niveau de services, on a réalisé 1480 interventions de plus en 1999-2000 qu'en 1997-1998. Ceci laisse entrevoir une pression importante de la demande sur les services par rapport aux cibles. On peut aussi s'interroger sur la pertinence des cibles retenues.

Ainsi, les résultats dépassant généralement de beaucoup les objectifs traduisent une bonne performance des établissements de la région, mais révèlent aussi une **augmentation de la demande** et **un alourdissement des cas** en services spécialisés découlant du vieillissement de la population et d'une plus grande rétention de la clientèle de la région. Les indicateurs le plus souvent cités pour illustrer l'accessibilité des services portent sur l'attente pour l'obtention d'un service. Tous les phénomènes cités plus haut ont contribué à un allongement de la liste d'attente pour certaines spécialités entre décembre 1998 et mars 2000, augmentation allant de 75 %

(orthopédie du genou) jusqu'à 252 % (chirurgie de la cataracte). La durée moyenne d'attente est pour sa part restée stable.

Pour leur part, selon tous les indicateurs de performance retenus, les urgences des Laurentides ont une performance de loin supérieure aux moyennes provinciales.

Dans le cas des services aux jeunes, l'injection supplémentaire de fonds a permis, malgré une hausse du nombre de jeunes en attente en 1999-2000, de diminuer ce nombre de façon importante dès la fin 1999-2000 et en 2000-2001, et de le maintenir au niveau de la capacité théorique de la Direction de la protection de la jeunesse. Les délais d'attente à l'évaluation diminuaient simultanément, bien que les Laurentides demeurent parmi les régions comportant des délais excessifs.

Par contre, la performance en hébergement de longue durée est très bonne puisque la durée moyenne d'attente des personnes admises a beaucoup diminué et est moins de la moitié de la moyenne provinciale. Le taux annuel d'attente en 1999-2000 pour sa part correspond à la cible 2000 qui était la moyenne provinciale. Précisons toutefois que la région est performante dans la gestion des cas en attente en centres hospitaliers en raison de l'achat de 97 places supplémentaires. Ce sont ces achats de places effectués à mesure que la pression des centres hospitaliers le commande qui permettent de réduire les délais d'attente pour les personnes placées en tête des priorités.

Là où une certaine inquiétude peut être soulevée, c'est pour les services d'Info-Santé : le taux d'utilisation par 1000 habitants ainsi que le nombre d'appels traités est en diminution constante depuis 1998-1999, et ils sont passés nettement sous la moyenne provinciale. La perte d'appels à la centrale a diminué, mais reste au-dessus de la moyenne provinciale, alors que la proportion de réponses aux appels en moins de 4 minutes est sous la cible pour 2000 et très loin sous la moyenne. Les raisons de la faible utilisation du service et de cette performance mitigée peuvent être nombreuses et les identifier demanderait une analyse plus poussée des données fines et des contextes d'opération d'Info-Santé dans la région.

## Priorité 4

**Améliorer la continuité et l'intégration entre les services qu'ils soient au niveau local, régional ou national**

## PRIORITÉ 4

## AMÉLIORER LA CONTINUITÉ ET L'INTÉGRATION ENTRE LES SERVICES QU'ILS SOIENT AU NIVEAU LOCAL, RÉGIONAL OU NATIONAL

**OBJECTIFS :**

1. Mettre en place des mesures pour assurer l'articulation à l'intérieur et entre les différents niveaux de services et intégrer les actions sur une base locale.

2. Améliorer la satisfaction de la population à l'égard de la continuité des services.

## PRIORITÉ 4

## AMÉLIORER LA CONTINUITÉ ET L'INTÉGRATION ENTRE LES SERVICES QU'ILS SOIENT AU NIVEAU LOCAL, RÉGIONAL OU NATIONAL

Cette priorité comporte plusieurs dimensions : il peut s'agir de continuité « verticale » entre les services, du plus général au plus spécialisé concernant un même besoin, ou encore d'intégration « horizontale » permettant d'assurer l'efficacité dans le transfert entre des services différents pour un même besoin ou une même personne. Elle réfère, entre autres, au fait de dispenser le bon service à la bonne personne, au bon endroit et au bon moment. L'adaptation des services aux besoins peut référer au concept de pertinence des services au regard des besoins. Celle-ci, très complexe, se retrouve implicitement dans chacune des priorités proposées et sera documentée dans le contexte de leur évaluation, sans être un objet spécifique d'évaluation.

La priorité 4 implique aussi que les services de santé et les services sociaux offerts par des partenaires différents, au sein et en dehors du réseau public, soient complémentaires les uns aux autres, non redondants, ne laissant pas de besoins sans réponse, et qu'ils couvrent l'ensemble des services requis au sein et en dehors du territoire d'attache de la personne. La priorité 4 incorpore l'action en amont des problèmes exercée sur une base individuelle dans le cadre des services de première ligne (prévention personnalisée en fonction des facteurs de risque individuels). Quelle que soit la porte d'entrée d'un client, le flux des références entre partenaires doit être harmonieux et reposer sur un partage clair des rôles et responsabilités, une bonne information des clientèles et un accompagnement ou un suivi du client dans ses démarches.

La continuité réfère à la fluidité avec laquelle l'usager circule dans un continuum de services. Deux présupposés : d'abord l'existence de tels continuums, quelle que soit leur forme, puis leur caractère opérationnel. Les indicateurs proposés permettront de refléter la mise en place de continuums de services selon deux perspectives: d'un point de vue administratif ou organisationnel (ex.: mise en place et fonctionnement de protocoles inter-établissements, d'entente inter-services et de protocoles de services individualisés, etc.) et d'un point de vue clientèle (bris dans l'information, délai d'attente entre deux services, gamme complète de services requis, mécanismes de référence et de suivi, satisfaction relative à la continuité, etc.). Il est à noter qu'aucune donnée ne permet de documenter l'objectif de résultat sur le fonctionnement réel de services intégrés et continus. Cet objectif n'est donc pas retenu ici. Pour analyser le sens et le rythme des changements, les données seront comparées selon leur évolution dans le temps et, quand elles le permettront, avec l'ensemble du Québec, et au regard d'une norme ou d'une cible visée.

## OBJECTIF 1

### *Mettre en place des mesures pour assurer l'articulation à l'intérieur et entre les différents niveaux de services et intégrer les actions sur une base locale*

---

**Arrimage de services CLSC et Centre jeunesse à l'intention des jeunes en difficulté**

- **Début** de l'implantation : 2000.
- **Clientèle visée** : 0-17 ans.
- **Acteurs** : les acteurs sont liés par un protocole d'entente et un plan de services. Il s'agit des sept CLSC de la région et du Centre jeunesse des Laurentides.
- **Financement** :
  - En 1999-2000, une somme de 75 000 $ non récurrente a été allouée pour l'expérimentation d'équipes ou de projets de services intégrés. Cette somme a été distribuée aux CLSC des Laurentides pour l'harmonisation de leurs services aux jeunes en difficulté et à leur famille, préalable important aux arrimages avec le Centre jeunesse;
  - Un montant récurrent de 30 000 $ a été donné à chacun des CLSC de la région pour assurer le maintien de l'action intersectorielle locale en matière de services aux jeunes en difficulté et à leur famille;
  - En 2000-2001, la Régie régionale a alloué des budgets additionnels aux CLSC (1 711 722 $) afin de favoriser la consolidation des services psychosociaux jeunesse et d'intervention immédiate, mobile et intensive.
- **État de l'implantation** :
  - Création d'un comité d'arrimage CLSC-Centre jeunesse (décembre 1999);
  - Production d'un protocole de collaboration CLSC-Centre jeunesse (juin 2000);
  - Activités de formation et d'information des cadres et des intervenants sur le protocole de collaboration CLSC-Centre jeunesse et sur le concept de protection pour les gestionnaires et intervenants de CLSC (6 sessions - près de 200 participants) et de centres de réadaptation (9 sessions - 182 participants) (2000-2001);
  - Amorce de travaux par le Comité d'arrimage : élaboration d'un plan d'action visant à favoriser l'utilisation des plans d'intervention et des plans de services individualisés pour les jeunes et les familles des Laurentides (2001).

**Réseau de services en périnatalité**

- **Début** de l'implantation : 1997
- **Clientèle visée** : petite enfance, adolescence (mères), adulte
- **Acteurs, financement et état de l'implantation** :

  Le réseau de services en périnatalité des Laurentides repose sur un ensemble de mesures intégrées dans leur application au niveau local. Les programmes suivants témoignent des mécanismes mis en place dans l'actualisation de certains éléments du réseau de services.

CONGÉ PRÉCOCE (implanté à partir de 1997-1998)

- **Objectif** : Maintenir la durée moyenne de séjour en per-partum à 48 heures et moins pour un accouchement normal
  - des protocoles d'entente centres hospitaliers et CLSC sont établis entre les 4 centres hospitaliers accoucheurs et les 7 CLSC pour le territoire des Laurentides ainsi que pour les régions limitrophes (Montréal, Laval, Lanaudière, Outaouais, Ontario);
  - les outils de liaison et de communication sont opérationnels et en voie d'être standardisés régionalement;
  - les rapports entre les établissements et les organismes communautaires sont définis localement et ne font généralement pas l'objet d'ententes formelles;
- **Financement** : en 1997, la somme de 271 704 $ a été injectée comme budget de démarrage suivi, en 1998, d'un ajout budgétaire de 552 329 $ pour un montant total de 824 033 $ annuel et récurrent. Ces montants sont alloués dans le cadre des visites systématiques à domicile.

NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ (NÉ-GS) (implanté à partir de 1999-2000).

- **Objectifs** : Réduire les inégalités sociales et de santé et améliorer la santé et la qualité de vie des nouveau-nés et de leurs parents.
- Les **collaborations** entre CLSC et organismes communautaires s'exercent selon le principe du libre consentement : certains acteurs communautaires ont choisi de mettre par écrit les orientations balisant leur collaboration avec les CLSC; d'autres entretiennent des liens informels, sur le mode de l'accompagnement / référence des clientèles communes.
- Autres collaborateurs : les Centres de la petite enfance.
- On prévoit que l'**implantation** sera complétée en 2001-2002.
- **Financement** : depuis 1998, la Régie régionale octroie annuellement une somme de 323 578 $ (répartie au prorata de la clientèle à rejoindre) pour financer à la fois le suivi individuel des femmes pendant la grossesse et les deux premières années de vie de l'enfant ainsi que le soutien au développement de l'action intersectorielle. Une somme de 90 000 $ a été allouée aux activités de formation des milieux (pour la période 1997-2000).
- **Formation** du personnel impliqué[5] : sensibilisation au programme : 1 session - 67 participants; formation sur l'intervention dans un contexte de pauvreté : 2 sessions - 58 participants.

DU BON PIED (implanté à partir de 1998-1999).

- **Objectif** : Amener les femmes et les couples des milieux défavorisés à prendre contact avec les responsables des services de périnatalité des CLSC et avec les ressources du milieu.
  - les choix relatifs aux formulaires de référence et de consentement de la clientèle font l'objet d'ententes locales;
  - les procédures sont élaborées par les partenaires sous-régionaux concernés, à savoir les sept CLSC de la région et huit Centres locaux d'emploi;
- **Financement** : aucun budget n'est alloué dans le cadre de ce programme, chacun des deux ministères concernés ayant convenu de leurs mandats respectifs au regard du démarchage des clientèles vulnérables (ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et ministère de la Santé et des Services sociaux).

PROGRAMME CANADIEN DE NUTRITION PRÉNATALE (PCNP) (implanté à partir de 1995-1996).

- **Objectifs** : Améliorer la santé des femmes enceintes; promouvoir l'initiation et la durée de l'allaitement au sein; augmenter le nombre d'enfants avec un poids sain à la naissance; accroître les partenariats, les réseaux et la collaboration dans la collectivité.
  - les ententes de renouvellement de projets s'élaborent avec Santé Canada;
  - les ententes sous-régionales précisant les actions de même que la contribution de chacun des partenaires (4 CLSC et 4 organismes communautaires) s'élaborent avec le soutien de la Direction de la santé publique;

[5] Cette information se retrouve également dans la priorité 1.

- des mécanismes d'arrimage sont en expérimentation dans les Hautes-Laurentides et dans le sud de la région.

- **Financement** : l'enveloppe régionale de 1 000 078 $, octroyée par Santé Canada pour la période 2000-2003, est répartie entre huit organismes et établissements promoteurs.

### Réseau de services intégrés pour les personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie.

- **Début de l'implantation** : 1997.
- **Clientèle visée** : les personnes de 65 ans et plus et personnes de moins de 65 ans à profil gériatrique.
- **Acteurs :**
  - les CLSC;
  - les centres d'hébergement et de soins de longue durée;
  - les centre hospitaliers;
  - des organismes communautaires;
  - des associations de résidences privées.

  Les relations entre différents acteurs sont établies par des protocoles d'entente inter-établissements concernant l'hébergement temporaire.
- **Financement** propre à chaque établissement et organisme (pas de budget spécial dégagé pour ce réseau de services intégrés).
- **État de l'implantation** :
  - les mécanismes de liaison sont en place;
  - le CLSC sert de porte d'entrée privilégiée pour les adultes en perte d'autonomie qui requièrent des services de soutien à domicile ou d'hébergement;
  - formation du personnel par la tenue, en 2000, du colloque *En réseau pour les aînés* (1 journée - 224 participants);
  - La grille unique d'évaluation de besoins (grille multiclientèle) est en vigueur depuis octobre 2001.
  - Il reste à implanter :

    - le processus de gestion de cas (prise en charge de la personne par un intervenant privilégié ou une équipe jouant ce rôle);

    - la grille unique de référence inter-établissements.

### Réseau de services intégrés d'aide en situation de crise et d'action face au suicide pour les adultes.

- **Début de l'implantation** : 1999.
- **Clientèle visée** : adultes (18 ans et plus).
- **Acteurs** :
  - les principaux collaborateurs du réseau (CLSC, centres hospitaliers, centres de réadaptation - hébergement de crise, centre de prévention du suicide Le Faubourg) sont liés par un Plan d'organisation de « services intégrés d'aide en situation de crise et d'action face au suicide » depuis février 1999.
  - ces collaborateurs ainsi que les partenaires intersectoriels (services policiers et ambulanciers) sont liés par des « Ententes de services pour les situations de crise et de suicide » (en cours d'implantation).
- **Financement :**
  - en 1997, une somme de 1 082 500 $ a été allouée à quatre CLSC (Thérèse-de-Blainville, Jean-Olivier-Chénier, Arthur-Buies et d'Argenteuil) ainsi qu'au Centre du Florès pour la mise en place de services mobiles de crise et d'hébergement de crise;
  - au cours de 1999-2000, 182 400 $ ont été alloués à ces quatre CLSC pour la mise en place d'une fonction de coordination locale. De plus, les CLSC des Pays-d'en-Haut, des Trois Vallées et des Hautes-Laurentides ont reçu une somme de 220 569 $ afin d'assurer la mise en place de la fonction de

coordination locale ainsi que le démarrage des services d'aide en situation de crise et de services de base en santé mentale.

- en 1999, des budgets octroyés dans le cadre de l'implantation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* permettent la consolidation des services du Centre de prévention du suicide Le Faubourg, des services des CLSC et d'une fonction d'expertise régionale : 130 661 $ pour l'année 1999-2000, annualisé à 261 323 $ à compter du 1er avril 2000.

- **État de l'implantation** :
  - 1999-2000 : activités de conception et de réalisation des services d'aide en situation de crise et conception d'un réseau de services intégrés crise-suicide dans la région (modèle et recommandations) ainsi que la formation;
  - les services sont implantés dans les quatre territoires de CLSC les plus au sud : Thérèse-de-Blainville, Jean-Olivier-Chénier, Arthur-Buies et d'Argenteuil;
  - les services sont en cours d'implantation dans le nord de la région (Pays-d'en-Haut, Trois Vallées et Hautes-Laurentides);
  - pour l'ensemble de la région, il reste à créer un accès au réseau pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement.

### Réseau de services intégrés en santé mentale

- Début de l'**implantation** : 1998.
- **Clientèle visée** : adultes (18 ans et plus).
- **Acteurs** :
  - les 7 CLSC ;
  - les 5 centres hospitaliers;
  - les 2 centres de réadaptation pour les services d'hébergement de crise;
  - 7 organismes communautaires d'entraide et de réadaptation;
  - 2 organismes communautaires de soutien aux familles et aux proches;
  - le centre de prévention du suicide le Faubourg.

  Dans les trois territoires de CLSC concernés par le transfert des cliniques externes de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, les principaux collaborateurs (CLSC, CH, CR) sont liés par un document de travail sur l'arrimage des services de base et des services spécialisés en santé mentale (1998). Par ailleurs, tous les collaborateurs ont convenu du mandat relié à la fonction de coordination locale et sont liés par cette entente.
- **Financement :**
  - la mise en place dans les CLSC de fonctions de coordination locale (7/7 des CLSC) ainsi que le démarrage des services d'aide en situation de crise et des services de base en santé mentale (pour les trois CLSC du nord) ont été financés à partir des budgets décrits ci-dessus pour le **réseau de services intégrés d'aide en situation de crise et d'action face au suicide** pour l'année 1999-2000, à savoir 182 400$ pour les quatre CLSC du sud et du centre; 220 569$ pour les trois CLSC du nord.
- **État de l'implantation** :
  - la fonction de coordination locale a été développée dans les sept territoires de CLSC (1999-2000);
  - pour l'ensemble des territoires, des modalités sont à préciser quant à la mise en place de réseaux intégrés.

### Réseau de services intégrés pour favoriser le maintien à domicile de la clientèle atteinte de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).

- **Début de l'implantation** : 1997.
- **Clientèle visée** : adultes souffrant de MPOC.
- **Acteurs :** les sept CLSC et les cinq centres hospitaliers de la région.

  L'articulation des CLSC et des centres hospitaliers au sein de ce réseau se fait au moyen d'une feuille de liaison, de protocoles d'intervention clinique et d'ententes particulières.

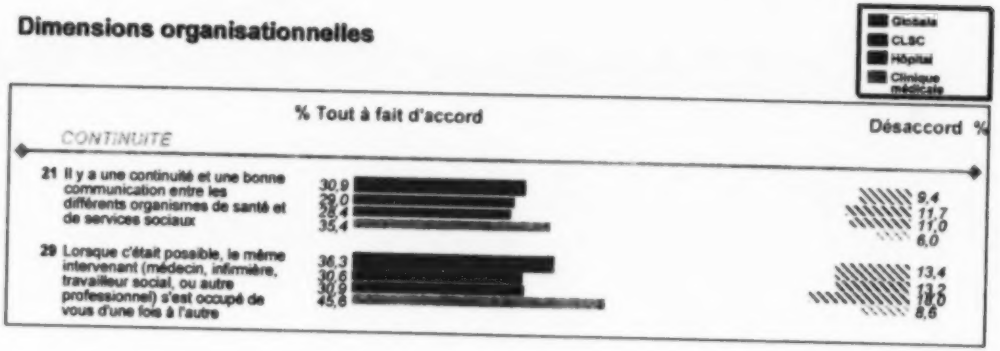
- **Financement :**
  - 1997-1998 : développement du réseau : injection de 221 936 $ récurrent en CLSC;
  - 1998-1999 : ajout d'une somme de 84 103 $ récurrente pour rehausser les postes d'inhalothérapeutes en CLSC. Ajout d'une somme de 80 795 $ non récurrente pour acheter certains équipements;
  - 1999-2000 : investissement de 48 900 $ non récurrents pour rehausser le parc des équipements et 221 000 $ récurrents pour rehausser les postes d'inhalothérapeutes en CLSC; subvention non récurrente de 22 260 $ au CLSC Thérèse-de-Blainville afin de développer les outils nécessaires à l'amélioration de la qualité des services à domicile (Guide des protocoles et des techniques de soins respiratoires à domicile).

- **État de l'implantation :**
  - Un plan de services de soins à domicile pour les patients souffrant de problèmes respiratoires chroniques est proposé en 1996 par un groupe de pneumologues de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme. Ce projet est devenu un véritable réseau de services intégrés de soins respiratoires à domicile pour la clientèle souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) depuis 1998;
  - L'élaboration du plan de contingence pour l'hiver 2000 (visant à répartir la pression subie dans les salles d'urgence vers d'autres ressources du milieu) a permis de consolider davantage les actions auprès de la clientèle atteinte de MPOC.

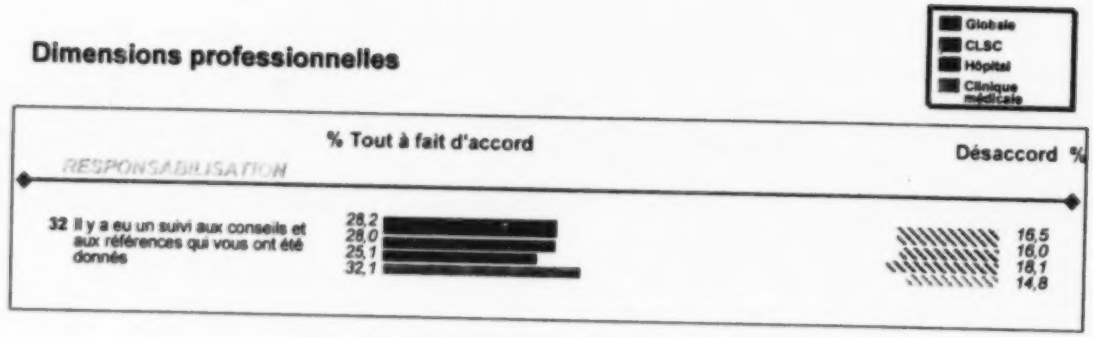
## OBJECTIF 2

## *Améliorer la satisfaction de la population à l'égard de la continuité des services*

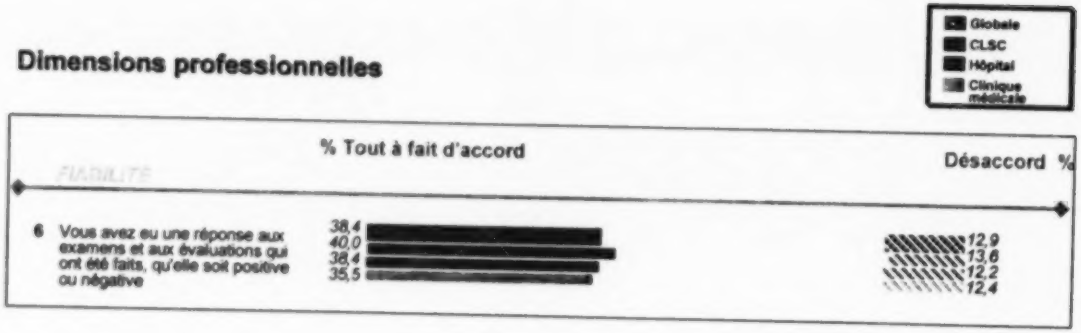
L'analyse du sondage sur la satisfaction des usagers au regard de leurs attentes selon leur degré d'importance fait ressortir une faiblesse des établissements de la région en ce qui concerne la continuité entre les services. Selon le rapport du sondage, l'énoncé 21 sur la continuité et la communication entre les organismes de santé et de services sociaux constitue l'une des trois principales priorités d'action à se donner dans la région pour améliorer la qualité des services selon les usagers. La satisfaction quant au maintien d'un même intervenant (29) est à peine passable pour les CLSC et les hôpitaux. Ce niveau de satisfaction devient carrément insuffisant pour l'énoncé relatif à la responsabilisation à savoir, le suivi donné aux conseils et aux références (32).



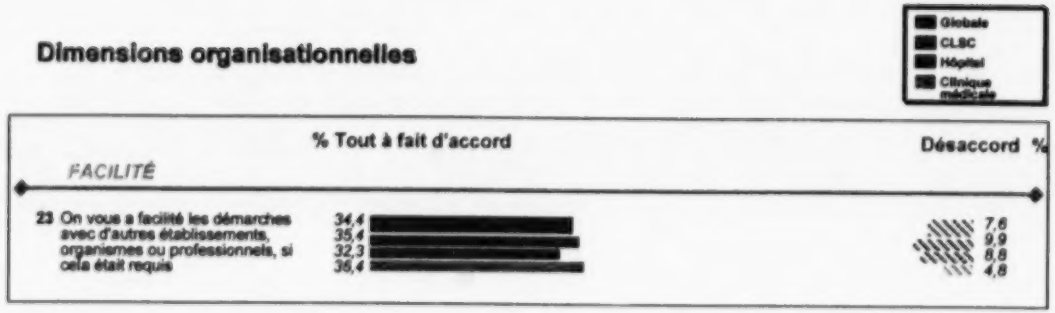
## Dimensions professionnelles




## Dimensions professionnelles



## Dimensions organisationnelles




Ces résultats du sondage en matière de continuité recoupent en partie ceux des rapports régionaux sur le traitement des plaintes de 1999-2000 et 2000-2001. En effet, comme on l'a vu dans la priorité 3 sur l'accessibilité, la catégorie « accessibilité et continuité » est parmi celles qui regroupent le plus d'objets de plainte. Les services préhospitaliers d'urgence, les CLSC, les centres de réadaptation et, dans une moindre mesure, les centres hospitaliers sont les services qui font le plus fréquemment l'objet de ce type de plainte. Le motif de plainte le plus spécifiquement cité en matière de continuité est l'absence de suivi (correspondant à l'énoncé 32 du sondage), particulièrement pour les centres hospitaliers et le centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

## ANALYSE

Un investissement sérieux a été fait dans les dernières années en vue d'intégrer les services en réseaux pour améliorer la continuité dans le flux de services destinés à une même clientèle ou à répondre à une même famille de besoins. On constate, en effet, que dans presque tous les secteurs d'activités du réseau de la santé et des services sociaux de la région, des fonds tant ponctuels que récurrents ont été injectés soit pour créer des équipes de coordination locales, des comités de concertation ou d'arrimage entre les dispensateurs, soit pour offrir de la formation sur les fonctions de collaboration et sur les contenus à partager, pour élaborer certains outils communs, consolider ou créer des postes pivots, etc. Il est d'ailleurs remarquable que, comme prévu dans les grandes orientations ministérielles, les CLSC constituent la roue d'engrenage au coeur de tous ces réseaux intégrés sur une base locale de dispensation de services. Force est cependant de constater que les efforts consentis l'ont été presque strictement dans la dimension administrative de la continuité des services, et que celle-ci n'est pas encore pleinement opérationnelle dans la plupart des secteurs (sauf pour la périnatalité où l'intégration des interventions est plus avancée), et elle n'est donc pas transparente aux utilisateurs des services. D'ailleurs, des pans entiers d'activités ne sont pas encore couverts par des ententes administratives claires, notamment au niveau des intervenants de première ligne, incluant les cabinets de médecins.

Actuellement, nous constatons que nous sommes sous équipés sur le plan méthodologique pour documenter cette priorité de façon explicite, au-delà de l'existence de liens formels entre établissements. En effet, il nous est difficile d'évaluer si l'intégration des services permet d'offrir un accès plus facile et mieux coordonné aux services. La description des réseaux de services intégrés fait état de collaborations et de mécanismes de liaison entre établissements, mais elle fait peu état de la présence de gestionnaires de cas ou d'arrimages entre différentes équipes d'intervenants sur le terrain, qui se traduiraient sans doute par des actions plus concrètes et visibles du point de vue des usagers.

Nous disposons de très peu d'informations sur les résultats produits par ces réseaux nouvellement implantés ou en construction :

- les démarches que l'usager doit effectuer et celles qui lui sont évitées;
- la fluidité de l'information et sa clarté pour l'usager;
- les nœuds d'engorgement et les flux accélérés;
- les délais qui restent;
- la gestion des listes d'attente au sein d'un réseau;
- le nombre de clients desservis par chaque réseau;
- etc.

Bien sûr, la plupart des réseaux cités ici sont encore en implantation et sont peu rodés. Mais, il convient de souligner que la satisfaction des usagers sur différents aspects de la continuité des services varie, selon le sondage de juin 2001, d'un niveau « insuffisant » à « passable » et que les cliniques médicales privées ont souvent une performance meilleure à cet égard, alors qu'elles ne sont partie prenante d'aucun des réseaux intégrés en implantation relevés dans ce bilan.

# Priorité 5

## Gérer les ressources de façon efficiente

## PRIORITÉ 5

## GÉRER LES RESSOURCES DE FAÇON EFFICIENTE

### OBJECTIFS :

- Retourner à l'équilibre budgétaire pour les établissements et rembourser les déficits accumulés au 31 mars 1999.

### CIBLES PRÉVUES DANS L'ENTENTE DE GESTION MSSS-RÉGIE RÉGIONALE :

- Retour progressif à l'équilibre budgétaire des établissements sur des périodes de 2 ou de 3 ans;
- Remboursement des déficits accumulés au 31 mars 1999;
- Résorption des engagements régionaux non provisionnés.

## PRIORITÉ 5

# GÉRER LES RESSOURCES DE FAÇON EFFICIENTE

Depuis la signature des ententes de gestion, des changements importants ont eu lieu :

- l'adoption de la Loi 107 portant sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux;
- la prise en charge par le Gouvernement des déficits 1999-2000;
- le redressement récurrent des bases budgétaires en 2000-2001 des établissements de la santé et des services sociaux.

Compte tenu de la prise en charge des déficits, les cibles fixées dans les ententes de gestion entre le Ministère et les régies régionales en 1999 sont devenues inopérantes pour le volet financier. Les informations qui suivent permettent néanmoins d'illustrer les efforts consentis dans la région en matière de retour à l'équilibre budgétaire et d'assainissement des dépenses du réseau.

Durant la période 1998-2001, la population des Laurentides s'est accrue de 4,2 % (comparativement à une croissance démographique de moins de 1,1 % pour le Québec). Comme nous le verrons plus bas, les établissements des Laurentides ont évolués avec une plus grande rétention de la clientèle de la région et un vieillissement rapide de la population qu'ils desservent. Afin de répondre à la demande sans cesse croissante de services découlant de ces différents facteurs, et cela sans supprimer de services, les établissements n'ont pu éviter les situations déficitaires. Les déficits se sont accrus de manière importante en 1998-1999 et 1999-2000, pour être toutefois pris en charge et remboursés par le Gouvernement.

**Évolution des déficits des établissements**
(incluant les activités accessoires)

| 1997-1998 | 1998-1999 | 1999-2000 | 2000-2001 |
|---|---|---|---|
| (6 616 027) | (13 300 253) | (21 681 437) | (1 302 509) |

Des engagements non provisionnés contractés en 1998-1999 ont, eux aussi, été pris en charge et remboursés par le Gouvernement en avril 2001. L'enveloppe budgétaire a, par ailleurs, été rehaussée sur une base récurrente en 2000-2001 pour régulariser le financement de ces engagements.

**Évolution des engagements régionaux « non provisionnés »**
(base annuelle)

| 1997-1998 | 1998-1999 | 1999-2000 | 2000-2001* |
|---|---|---|---|
| (3 182 944) | (13 237 887) | (11 840 094) | (0) |

* Le dernier remboursement en engagements régionaux non provisionnés a eu lieu en juillet 2001.

Nous constatons (tableau suivant) que les ajouts budgétaires les plus importants ont été requis en **santé physique**. La croissance démographique régionale, la consolidation du rôle régional de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, de même que l'augmentation des « coûts de système » reliées au vieillissement de la population et à l'évolution des technologies médicales sont en grande partie à l'origine des dépenses supplémentaires ayant nécessité ces ajouts.

Parallèlement, la performance des établissements de la région en matière de rétention de la clientèle se traduit également par une augmentation de la demande de services :

de 1998-1999 à 1999-2000, la proportion des hospitalisations en santé physique[6] de résidents des Laurentides dans des établissements de leur région est passée de 69,2 % à 71,9 %, poursuivant ainsi une tendance amorcée depuis le début des années 1990.

**Répartition des ajouts budgétaires par programme-clientèle**
(en millions de $)

| Programme-clientèle | 1998-1999 | 1999-2000 | 2000-2001 | Total |
|---|---|---|---|---|
| Santé physique | 12,5 | 2,2 | 28,3 | 43,0 |
| Jeunesse | 4,3 | 3,1 | 8,6 | 16,0 |
| PAPA | 3,3 | 4,6 | 4,0 | 11,9 |
| Déficience physique | 1,4 | 0,1 | 1,7 | 3,2 |
| Santé mentale | 0,8 | 0,3 | 1,5 | 2,6 |
| Santé publique | 0,5 | 0,6 | 1,1 | 2,2 |
| Déficience intellectuelle | 0,1 | - | 0,9 | 1,0 |
| Alcoolisme-toxicomanies | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,9 |
| Autres | 1,0 | 0,5 | 1,9 | 3,4 |
| Coûts de croissance* | 4,5 | 2,4 | 21,4 | 28,3 |
| **Total** | **28,7** | **13,9** | **69,9** | **112,6** |

*Les coûts de croissance comprennent principalement l'augmentation des salaires prévue aux conventions collectives et autres contrats d'embauche et touchent l'ensemble des programmes-clientèles. **Ils n'ont donc pas pour effet d'améliorer le niveau des services.** Ce taux ne correspond pas à un taux de croissance par établissement.

Des ajouts budgétaires importants ont également du être effectués en **jeunesse**, en grande partie pour amorcer la correction requise par un sous-financement historique. La reconnaissance de cette situation de sous-financement par le MSSS suite à la mise en tutelle du Centre jeunesse des Laurentides a constitué une étape importante pour le financement de ce secteur.

Troisième en importance dans le spectre de la répartition des ajouts budgétaires, le programme-clientèle **personnes âgées et autres adultes en perte d'autonomie (PAPA)** des Laurentides doit faire face à un vieillissement démographique particulièrement rapide. En effet, seulement durant la période 1998-2001, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus s'est accru de 10,5 % dans les Laurentides, ce qui représente près de 5 000 personnes de plus (à titre comparatif, cette croissance a été de 5,6 % pour l'ensemble du Québec). Nous verrons au chapitre suivant, qui fait état des principaux enjeux sociosanitaires pour la région, que cette situation démographique devrait se poursuivre au cours des prochaines années. Ajoutons également qu'une partie des ajouts recensés pour ce programme représente la fin d'un programme de création de 2 000 lits destiné à répondre au manque de places en hébergement de longue durée en référence aux ratios provinciaux qui visent un taux d'hébergement de 3,5 % à 4,2 % de la population de 65 ans et plus. Rappelons que le taux d'hébergement des Laurentides était de 3,4 % à la fin de la période 2000-2001.

[6] Pour soins de santé physique de courte durée, nouveaux-nés exclus.

**Répartition des ajouts budgétaires par catégorie d'établissements**
(en millions de $)

| Catégorie d'établissements | 1998-1999 | 1999-2001 | | Total |
|---|---|---|---|---|
| Centres hospitaliers | 11,3 | 1,7 | 28,1 | 41,1 |
| CHSLD | 4,2 | 3,1 | 2,0 | 9,3 |
| Centres de réadaptation | 3,1 | 2,5 | 7,4 | 13,0 |
| CLSC | 1,2 | 0,3 | 2,4 | 3,9 |
| Centre jeunesse | 2,3 | 3,3 | 6,5 | 12,1 |
| Organismes communautaires | 2,0 | 0,1 | 2,1 | 4,2 |
| Coûts de croissance (réseau)* | 4,5 | 3,0 | 21,4 | 28,9 |
| **Total** | **28,7** | **13,9** | **69,9** | 112,6 |

*Les coûts de croissance comprennent principalement l'augmentation des salaires prévue aux conventions collectives et autres contrats d'embauche et touchent l'ensemble des programmes-clientèles. **Ils n'ont donc pas pour effet d'améliorer le niveau des services.** Ce taux ne correspond pas à un taux de croissance par établissement.

La nécessité de recourir à ces ajouts budgétaires ne doit pas faire ombrage au haut niveau de performance de la plupart des établissements de la région, souligné notamment lors des travaux du comité Bédard et qui ressort également à travers les travaux d'évaluation régionaux et les résultats compilés dans le Système Intégré d'Amélioration de la Performance (SIAP) de l'Association des hôpitaux du Québec. Ces ajouts se sont avérés nécessaires dans un contexte où de nombreux services sont sous-financés par rapport aux moyennes provinciales (jeunesse, maintien à domicile, etc.). Par ailleurs, les coûts de croissance du réseau relativement bas en comparaison de la moyenne provinciale pourrait indiquer une sous consommation de services dans la région. Il est prévu que le comité Bédard 2 aborde cette question.

**Évolution du budget régional**
(base annuelle, en millions de $)

| | 1997-1998 | 1998-1999 | 1999-2000 | 2000-2001 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Budget en début d'exercice | | 347,0 | 375,8 | 389,7 | |
| Ajouts | | 28,7 | 13,9 | 69,9 | **112,6** |
| Budget en fin d'exercice | 347,0 | 375,8 | 389,7 | 459,7 | |

Les différents ajustements budgétaires apportés par le MSSS durant la période 1998-2001 totalisent 112,6 M$ (base annuelle et récurrente). Ils ont permis de rétablir l'équilibre budgétaire très précaire des établissements. Des progrès demeurent toutefois à accomplir dans le financement de la plupart des programmes-clientèles, confrontés au défi d'atteindre ou de maintenir une offre de services équitable en comparaison des ressources disponibles à l'échelle provinciale.

# Toile de fond pour les planifications à venir : enjeux sociosanitaires de la région des Laurentides

# TOILE DE FOND POUR LES PLANIFICATIONS À VENIR : ENJEUX SOCIOSANITAIRES DE LA RÉGION DES LAURENTIDES

L'information sociosanitaire qui suit met en relief certaines caractéristiques de la population de la région. Elle ne vise pas à évaluer l'impact des actions du système de soins sur l'évolution de la santé et du bien-être de la population, mais plutôt à relever les enjeux sociosanitaires actuels et à venir, que les acteurs devraient considérer dans le cadre de la planification des services sociaux et de santé pour la population de la région.

**Un accroissement de la population qui se poursuit...**

D'ici à 2011, la population de la région des Laurentides devrait s'accroître de 11,2 % (Q : 3,3 %), passant de 474 890 à 527 969 personnes, soit 53 079 individus de plus. Cet accroissement est avant tout le fait de la migration (nouveaux arrivants moins ceux qui partent) qui explique 71,0 % de l'augmentation de la population, et qui produit un renouvellement rapide de la population des Laurentides. Les caractéristiques de ces nouveaux arrivants, qu'ils soient des jeunes familles, des adultes qui viennent s'établir en région pour vivre leur retraite, des jeunes personnes à la recherche de travail, teinteront le profil démographique du prochain recensement.

| | Taille de la population (en nombre) | | | | Taux d'accroissement (%) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Laurentides | 1991 | 2001 | 2006 | 2011 | 1991-2001 | 2001-2011 |
| | 391 356 | 474 890 | 502 787 | 527 969 | 21,3 | 11,2 |

**Un profil démographique qui demeure jeune malgré l'accroissement remarquable de la proportion d'aînés...**

L'accroissement de la population entre 2001 et 2011 s'accompagne d'un vieillissement important, puisque la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus passe de 10,9 % à 14,0 % durant cette période, soit 22 414 aînés de plus, pour un total de 74 092 aînés. Même si on peut espérer que ces personnes soient autonomes et en santé, il est fort plausible que bon nombre d'entre elles auront des besoins spécifiques en fonction de leurs conditions physique, mentale et sociale.

Malgré ce vieillissement, en 2011 la région maintient son profil démographique jeune puisque la proportion des jeunes âgés entre 0 et 14 ans au sein de la population (15,9 %, soit 83 922 jeunes) demeure plus importante que celle des aînés (14,0 %), malgré une diminution de 10 000 jeunes entre 2001 et 2011.

| | Répartition en pourcentage de la population selon le groupe d'âge | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2001 | | | 2011 | | |
| | 0-14 ans | 15-64 ans | 65 ans ou plus | 0-14 ans | 15-64 ans | 65 ans ou plus |
| Laurentides | 19,8 % | 69,4 % | 10,9 % | 15,9 % | 70,1 % | 14,0 % |
| Québec | 17,7 % | 69,3 % | 13,0 % | 14,9 % | 69,2 % | 15,9 % |

**Un profil sociosanitaire en évolution constante...**

L'analyse de certaines dimensions de **l'environnement social** (composition des familles, revenu, scolarité, etc.) met en relief la position relativement favorable de la région par rapport à la moyenne provinciale. On remarque notamment que les pourcentages de personnes vivant seules (8,7 % en 1996) et de familles

monoparentales (18,8 % en 1996) sont inférieurs aux taux provinciaux (Q : 11,0 % et 20,5 % respectivement). Toutefois, comme ailleurs au Québec, les taux régionaux sont en croissance constante. La situation est aussi avantageuse au plan des conditions socioéconomiques. Les pourcentages de prestataires de la sécurité du revenu (8,2 % en 1999), d'aînés qui reçoivent le supplément maximum de revenu garanti (5,5 % en 1999) et de personnes à faible revenu (25,5 % en 1996) se maintiennent constamment sous la moyenne provinciale (Q : 10,0 %, 6,4 % et 27,0 % respectivement). Toutefois, dans la région, les revenus disponibles sont inférieurs (L : 15 054 $ ; Q : 15 593 $ en 1997), malgré le fait que la proportion de la population active est supérieure à celle du Québec (L : 62,2 % ; Q : 57,0 % en 1999). Quant à la réussite scolaire chez les jeunes de la région, la situation est nettement défavorable, avec notamment des taux supérieurs de sorties sans diplôme du secondaire chez les jeunes de moins de 20 ans (L : 33,5 % ; Q : 28,1 % en 1998-1999) et de naissances d'enfants de mères faiblement scolarisées (L : 15,0 % ; Q : 14,8 % en 1995-1997).

En matière **d'habitudes de vie** et de **comportements** (consommation d'alcool, de tabac, activité physique, alimentation, obésité, etc.) la population régionale est relativement comparable à celle du Québec, c'est-à-dire qu'elle est, somme toute, peu encline à adopter des habitudes de vie saines. Ainsi, dans les Laurentides, on observe un accroissement de la proportion de consommatrices d'alcool (1987 : 74,9 % ; 1998 : 83,0 %), alors que chez les hommes, les taux se stabilisent dans le temps (1987 : 85,6 % ; 1998 : 86,1 %). Le taux de tabagisme en région, bien qu'en diminution, demeure plus élevé qu'au Québec (L : 35,7 % ; Q : 34,0 % en 1998). L'excès de poids est aussi plus prévalent dans la population de la région qu'au Québec (L : 28,6 % ; Q : 28,1 % en 1998), particulièrement chez les hommes âgés entre 45 et 64 ans(L : 48,6 % ; Q : 40,1 %). Enfin, le taux de sédentarité demeure élevé dans la région (L : 46,5 % ; Q : 48,0 %).

**Une morbidité et une mortalité plus importantes dans les Laurentides qu'au Québec...**

Au chapitre de la **santé physique** (problèmes de santé, incapacité, mortalité, etc.), la situation apparaît préoccupante à certains égards. D'abord, l'amélioration de l'espérance de vie s'accompagne surtout d'un accroissement du nombre d'années à vivre avec limitations d'activités. Et d'ailleurs, l'espérance de vie totale dans les Laurentides se maintient en-deçà de celle du Québec.

Espérance de vie à la naissance, selon les limitations d'activités (en années)

| | 1992-1993 | | | 1998 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Espérance de vie totale | Espérance de vie avec limitations d'activités | Espérance de vie en bonne santé | Espérance de vie totale | Espérance de vie avec limitations d'activités | Espérance de vie en bonne santé |
| Laurentides | 76,8 | 9,7 | 67,1 | 77,4 | 10,8 | 66,7 |
| Québec | 77,2 | 9,6 | 67,7 | 77,9 | 11,1 | 66,8 |

Ensuite, toujours en comparaison avec le Québec, on observe pour la période 1994-1998, une surmortalité générale pour l'ensemble des causes (L : 781 pour 100 000 ; Q : 728 pour 100 000), mais aussi au niveau de certaines causes spécifiques comme les tumeurs (L : 236 ; Q : 220), les maladies de l'appareil circulatoire (L : 282 ; Q : 258), et de l'appareil respiratoire (L : 74 ; Q : 66). De plus, le taux régional de mortalité par cancer du poumon chez les femmes s'est accru de 81,0 % entre 1981 et 1997, alors qu'il a augmenté de 14,0 % chez les hommes. En revanche, ces derniers connaissent de 1995 à 1997 un taux de mortalité par suicide qui dépasse le taux provincial (L : 34,1 pour 100 000 ; Q : 31,4 pour 100 000). Ajoutons que ces taux sont en croissance depuis 1984 (L : + 27 % ; Q : +15,0 %), alors que le suicide chez les hommes âgés entre 15 et 24 ans et ceux de 25 à 44 ans obtient les taux les plus élevés (L : 46,5 pour 100 000 pour la période 1995-1997). Concernant la morbidité, on rapporte, pour la période 1994-1998, des taux d'incidence du cancer plus élevés dans les Laurentides (L : 458 pour 100 000; Q : 424 pour 100 000). Cet écart s'explique en partie par un taux supérieur du cancer du poumon, particulièrement du côté des femmes, et, de façon moins importante, du cancer de la prostate du côté des hommes. De plus, les hospitalisations en soins physiques de courte durée, pour la période 1995-1999, sont importants pour les diagnostics suivants (les tumeurs, les maladies des appareils circulatoire, respiratoire et digestif, les organes génito-urinaires, les lésions traumatiques et empoisonnements, et les traumatismes non intentionnels). Enfin, la proportion d'aînés de la région ayant une incapacité à long terme est passée de 19,9 % à 21,3 % entre 1991 et 1996, traduisant fort probablement un accroissement du niveau de perte d'autonomie au fur et à mesure du vieillissement de la population.

En ce qui concerne certains aspects de la **santé mentale** (détresse psychologique, parasuicide, etc.), on observe qu'en 1998 le cinquième (21,3 %) de la population régionale se situe dans la catégorie élevée de détresse psychologique. La situation est toutefois plus problématique du côté des femmes (24,7 %) que chez les hommes (17,9 %). Par ailleurs, en 1998, on estime que plus de 11 000 personnes de la région présentent des idées suicidaires sérieuses (3,5 %). À cet effet, au cours d'une période s'étalant sur trois années (de 1995 à 1998), on compte 788 résidants des Laurentides hospitalisés pour tentative de suicide, soit une moyenne annuelle de 51,7 par 100 000 chez les hommes comparativement à 67,5 par 100 000 du côté des femmes. On observe aussi que le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est plus élevé chez les jeunes de 15 à 24 ans, particulièrement du côté des femmes (157,7 pour 100 000).

**Analyse**

Au cours de la prochaine décennie, l'accroissement de la population, le vieillissement de la population, et particulièrement celui de la cohorte des *baby-boomers*, contribueront à modifier l'écologie humaine et sociale des collectivités. Ces changements démographiques n'influent pas uniquement sur les caractéristiques sociales, ils transforment aussi le profil sociosanitaire (fréquence, distribution, évolution des maladies).

L'amélioration des conditions de vie et les progrès de la médecine ont contribué à accroître l'espérance de vie à la naissance. Les gens vivent plus longtemps certes, mais le vieillissement de la population s'accompagne d'une recrudescence de certains problèmes de santé (cancers, maladies chroniques, incapacités, etc.), ayant pour effet d'accroître ou de modifier dans la population les besoins en matière de santé et de services sociaux.

Aux transitions démographique et épidémiologique s'ajoute l'évolution du système de soins qui interpelle de plus en plus les ressources des milieux de vie. Les virages milieu et ambulatoire, comme notamment les services et soins à domicile, le rôle accru des CLSC et de leurs partenaires communautaires dans l'organisation et la prestation des services de première ligne à l'échelle des collectivités sont quelques illustrations de cette évolution. On peut croire notamment que le maintien à domicile des personnes aux prises avec des incapacités s'effectue en recourant davantage aux ressources familiales ou communautaires. Il faut donc s'interroger sur la capacité des milieux de vie à prendre en charge leurs « malades » : alors que semblent s'alourdir les clientèles qui reçoivent des services à domicile, les familles et les communautés locales ont-elles les ressources et les compétences nécessaires pour assumer cette prise en charge ? Jusqu'où le système de soins peut-il aller en matière de transfert ou de partage de responsabilités ?

Voilà campés certains traits caractérisant les enjeux sociosanitaires régionaux. L'évolution du réseau des soins et des services se poursuivra dans un contexte sociodémographique en mutation, qui devrait modifier les besoins de la population. La poursuite du déploiement des priorités se justifie d'autant plus qu'elles visent à mieux répondre et à s'ajuster à l'évolution des besoins des différents segments de la population.

# Convergence et cohérence avec le Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux

## Convergence et cohérence avec le Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux

Nous pouvons constater que les priorités énoncées dans le Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux viennent corroborer la pertinence des priorités que la région des Laurentides s'est données dans Mission 2002 et dont ce bilan fait partiellement état :

- l'action en amont des problèmes;
- une organisation des services misant sur des ressources légères et polyvalentes;
- l'accessibilité et la continuité des services s'appuyant sur une première ligne forte,

constituent, en effet, l'essentiel des priorités à venir, auxquelles s'ajoutent la mise en place de la nouvelle gouverne et le développement des ressources humaines, informationnelles et financières du réseau.

Plus spécifiquement, les suites à donner aux résultats de ce bilan devront découler non seulement des problèmes identifiés et des zones d'amélioration ciblés ici, mais devront aussi tenir compte du Plan stratégique du Ministère et des divers programmes et politiques en voie d'être mis en œuvre par le Ministère et le gouvernement.

L'évaluation et la reddition de comptes occuperont une place prépondérante dans l'implantation et la gestion de ces priorités. Aussi, ces développements en cours ajoutés aux zones d'amélioration ciblées dans ce bilan viendront dicter des cibles et des priorités d'action qui devront être intégrées à la planification régionale.

# CONCLUSION

# CONCLUSION

## *Quelles leçons tirer de cet exercice?*

Les informations colligées à travers les différents exercices de reddition de comptes indiquent, de façon générale, que l'organisation des services des Laurentides évolue dans le sens proposé par chacune des priorités retenues des exercices de planification antérieurs. Si des progrès certains restent à faire, la région atteint ou se rapproche de la plupart des cibles fixées et elle se compare avantageusement à l'ensemble du Québec à plusieurs égards.

Cependant, il faut bien garder à l'esprit que les éléments de ce bilan ne sont qu'un reflet très partiel des activités du réseau dans la région. Sans égard à leur pertinence intrinsèque, des pans importants des interventions régionales sont absents de ce bilan et les actions couvertes le sont sous l'angle particulier des suivis de gestion. Plusieurs arrimages restent donc à construire en matière de planification stratégique dans le cadre de la nouvelle gouverne.

Ce tour d'horizon permet de constater à quel point l'organisation des services évolue rapidement. Nous avons jeté un coup d'œil très furtif aux enjeux que soulèvent le virage ambulatoire et le recours accru à des ressources non hospitalières pour le maintien à domicile : l'alourdissement de certaines clientèles, la nécessité d'offrir une gamme plus étendue et plus intensive de services à domicile, la demande pour une plus grande intégration des services, etc. Cependant, la demande de services évolue et la pression s'accentue, notamment avec la croissance démographique et le vieillissement de la population, plus rapide dans certains territoires. De plus, la rétention de la clientèle dans la région augmente aussi, se traduisant par un recours accru à des services spécialisés et l'émergence de nouvelles pratiques médicales. Aussi est apparu le constat que l'augmentation et l'alourdissement de certaines clientèles, notamment en chirurgie, en maintien à domicile et en jeunesse, font en sorte que les résultats positifs du réseau se sont rarement traduits par une plus grande accessibilité.

Toute cette mouvance fait appel à une grande capacité d'adaptation des personnes et des institutions, bien sûr, mais aussi à des choix et des priorités éclairées en matière d'organisation des services. Conséquemment, les instruments de planification, de gestion et d'information destinés à orienter les pratiques du réseau doivent également être ajustés. Mais force est de constater que nous manquons d'instruments de mesure et de données permettant d'évaluer les résultats des activités retenues en termes de retombées pour la population. Par exemple, nous avons peu de moyens qui nous permettraient d'établir des liens entre le fait d'intervenir en amont des problèmes ou d'investir dans des ressources plus légères et l'évolution de la santé et du bien-être de la population. Il apparaît donc essentiel de concevoir nos objectifs et nos cibles de façon dynamique, leur permettant d'évoluer avec le contexte régional et les besoins des usagers.

Les attentes et la satisfaction des usagers à l'égard des services devront être plus intégrées aux objectifs et aux cibles attendues par le réseau. Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services, des arrimages plus systématiques devraient être réalisés entre le suivi des priorités d'action et le point de vue des usagers, et ce tant au plan régional que local.

De même, l'évolution de l'organisation des services, avec des changements comme la nouvelle gouverne et la mise en place progressive des Groupes de médecine de famille, est susceptible d'avoir des effets significatifs sur la planification régionale et les enjeux qui y sont associés. Dans ce contexte, une orientation comme l'amélioration de la continuité et l'intégration des services pourrait être appelée à prendre une place accrue dans les activités de développement et de suivi.

## Provenance des informations

- Suivis des Priorités nationales de santé publique (PNSP) – Bilans 1, 2, 3 et les données préliminaires du bilan 4 - et de l'Entente de gestion;
- Ententes de gestion. Rapport régional. Laurentides. MSSS. Mars 2001 ;
- Ententes de gestion. Rapport national. Ensemble du Québec. MSSS. Avril 2001 ;
- Commission parlementaire des affaires sociales pour l'audition de la RRSSS des Laurentides. Août 2000 et Avril 2001 ;
- Info-Stats. MSSS. Mars 2001 ;
- Rapports annuels 1998-1999, 1999-2000 et 2000-2001 de la Régie régionale des Laurentides ;
- Étude sur les attentes et la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux, Rapport final, Régie régionale des Laurentides, octobre 2001 ;
- Rapports sur l'examen des plaintes 1999-2000 et 2000-2001 ;
- Portraits de santé par territoire de CLSC, Régie régionale des Laurentides, novembre 2001 ;
- Québec et ses régions, INSPQ, 2001 ;
- Enquête sociale et de santé 1998, Région des Laurentides, Régie régionale des Laurentides, automne 2000 ;
- Rubrique « Réseaux de services » du site Web de la Régie régionale des Laurentides, novembre 2001.